Rapport van de Evaluatiecommissie Tuitjenhorn.

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen

AMC	Academisch Medisch Centrum
BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
EMZ	Expertisecentrum Medische Zaken van het OM
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
OM	Openbaar Ministerie
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
VPH	Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen
VUmc	Vrije Universiteit medisch centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wob	Wet openbaarheid van bestuur

Inleiding

Op 23 augustus 2013 ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een melding inzake het overlijden van een patiënt van een huisartsenpraktijk in Tuitjenhorn. Deze melding gaf aanleiding tot zodanige vermoedens van een strafbaar feit, dat het Openbaar Ministerie (OM) een strafrechtelijk onderzoek naar de gedragingen van de huisarts instelde. Aanvankelijk liet het zich aanzien als een weliswaar niet vaak voorkomend maar normaal opsporingsonderzoek. Dat veranderde toen de huisarts op 8 oktober 2013 suïcide pleegde. Vanaf dat moment ontstond er grote maatschappelijke onrust die gepaard ging met veel ophef, debatten in de media, speculaties en scherpe op de persoon gerichte verwijten. Meer in het bijzonder ontstond er binnen de beroepsgroep van huisartsen onzekerheid over het beleid inzake euthanasie en palliatieve zorg en over de wijze waarop dat beleid werd gehandhaafd. De kritiek in het publieke debat en binnen de beroepsgroep van (huis)artsen was met name gericht op het handelen van het Academisch Medisch Centrum (AMC), de IGZ en het OM in deze zaak. Bij brief van 12 november 2013 (Kamerstukken II 2013/14, 32 647, nr. 18) hebben de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Veiligheid en Justitie aan de Tweede Kamer medegedeeld een onafhankelijke evaluatie uit te laten voeren naar de wijze van handelen van alle betrokken organisaties in de casus Tuitjenhorn.

De onderzoeksopdracht

In het instellingsbesluit van de evaluatiecommissie Tuitjenhorn (zie bijlage) is opgenomen dat de evaluatie niet alleen het optreden van de IGZ en het OM betreft, maar ook dat van andere betrokken (overheids)organisaties waaronder het AMC, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). De evaluatie heeft tot doel om te bezien of voor de toekomst geleerd kan worden van de wijze waarop gehandeld is in deze casus, mede gelet op de impact van gebeurtenissen als deze voor de medische wereld en de samenleving. Bij de evaluatie staat centraal de vraag hoe de betrokken organisaties hebben gehandeld en konden handelen binnen de kaders die op dat handelen van toepassing zijn, zoals wettelijke voorschriften, vastgestelde richtlijnen en gevoerd beleid.

Een bijzonder aandachtspunt is de communicatie en afstemming van het beleid tussen de betrokken organisaties alsmede - gegeven de maatschappelijke onrust - de communicatie met media en anderen. In het instellingsbesluit staat dat de commissie hierbij onderscheid dient te maken tussen de verschillende fasen in de tijd, van de eerste melding bij IGZ tot en met heden. Uit het doel van de evaluatie leidt de commissie een beperking van het onderzoek in de tijd af. De commissie heeft het handelen van de betrokken organisaties geëvalueerd in de periode van eind augustus 2013 toen medewerkers van het AMC op de hoogte kwamen van de verklaring van de coassistente tot en met de integrale openbaarmaking van het bevel van de IGZ eind oktober 2013, toen de maatschappelijke onrust een hoogtepunt had bereikt. Na die periode waren er, gezien het doel van de evaluatie, geen relevante gedragingen van de te onderzoeken organisaties meer die nader onderzoek behoefden. Het onderzoek strekt zich niet uit tot de periode waarin de IGZ het calamiteitenonderzoek heeft voortgezet en zich heeft gericht op andere schakels in de zorgketen.

De commissie dient verder, volgens het instellingsbesluit, bij de uitvoering van haar taak rekening te houden met juridische procedures waarbij een of meer van de onderzochte organisaties betrokken kunnen zijn. Omdat er een beroepsprocedure is ingesteld tegen het bevel als bedoeld in art. 8, lid 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) dat door de IGZ aan de huisartsenpraktijk is opgelegd (zie bijlage) en dat inhield dat de huisarts (tijdelijk) geen zorg meer mocht verlenen, zal de rechter zich uitlaten over de rechtmatigheid van het opgelegde bevel. De commissie kan op dit punt geen oordeel geven. Wel zal de commissie de argumenten bespreken, die in de bezwaarprocedure door beide partijen zijn aangedragen.

In dit rapport zal de commissie het handelen van de betrokken organisaties evalueren, vooral door de dilemma's en afwegingen van personen en instanties in deze door de dramatische afloop getekende zaak bloot te leggen. Het uiteindelijke doel is, lering uit de gebeurtenissen te trekken voor de toekomst. De Commissie zal geen oordeel geven over de mogelijke strafbaarheid van het handelen van de betrokken huisarts. Het is uiteindelijk aan de rechter om te beoordelen of een bepaald handelen een strafbaar feit oplevert. Door het overlijden van de huisarts kon de zaak niet meer aan de strafrechter worden voorgelegd.

Wijze van onderzoek

Om het handelen en de daaraan ten grondslag liggende afwegingen van de verschillende betrokken organisaties te onderzoeken, zijn zoveel mogelijk relevante documenten bestudeerd. Het betreft het volledige onderzoeksdossier van het OM en relevante interne stukken van de IGZ waaronder mailwisselingen en interne nota's. Verder heeft de commissie kennis genomen van stukken uit openbare bronnen die betrekking hebben op deze casus, waaronder berichten in de media en openbare brieven. Tevens heeft de evaluatiecommissie dertig gesprekken gevoerd met personen die in meer of mindere mate betrokken waren bij deze zaak. Een volledige lijst van gesprekspartners is als bijlage bij dit rapport gevoegd. Daarbij wordt opgemerkt dat de evaluatiecommissie er niet in is geslaagd om alle door haar gewenste personen te spreken. De commissie zou graag ook met advocate van de huisarts hebben gesproken over haar ervaringen, nu zij zowel in het strafrechtelijk onderzoek als in de contacten met de IGZ en in het bestuursrechtelijk traject, de huisarts respectievelijk de huisartsenpraktijk heeft bijgestaan. Zij voelde zich echter vanwege haar beroepsgeheim en het onthouden van toestemming door de weduwe van de huisarts niet gerechtigd om voor de commissie een verklaring af te leggen. Door kennisneming van brieven van de raadsvrouw en andere documenten die zich bij de stukken bevinden heeft de commissie getracht zich zoveel mogelijk een beeld te vormen van de door de raadsvrouw ingenomen standpunten. De geneesheer-directeur van GGZ-Noord-Holland heeft, gelet op zijn beroepsgeheim, voor de commissie niet op alle onderdelen de gestelde vragen kunnen beantwoorden. Verder heeft de commissie een deskundigenrapport ingewonnen met betrekking tot de door huisarts toegediende stoffen.

Opzet van het rapport

Zoals hierboven is beschreven, stond bij de evaluatie de vraag centraal hoe de betrokken organisaties hebben gehandeld en waarom. Voor deze rapportage is een chronologische opzet gehanteerd. In elk van de eerste drie hoofdstukken staat telkens één organisatie centraal. In het laatste hoofdstuk wordt de wijze waarop deze instanties omgingen met publieke berichtgeving en publieke meningsvorming behandeld. In ieder hoofdstuk wordt de feitelijke gang van zaken in een bepaalde

fase beschreven en vervolgens wordt beschreven voor welke dilemma's de medewerkers van de verschillende organisaties stonden en tot welke keuzes die uiteindelijk leidden. Daarna worden de gemaakte keuzes geëvalueerd. In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de rol van het AMC. In het tweede hoofdstuk wordt de rol van het OM over het voetlicht gebracht. In het derde hoofdstuk wordt de rol van de IGZ beschreven. Het vierde hoofdstuk gaat over de periode na het overlijden van de huisarts, waarin de onrust alsmaar groter werd en er in de media veel werd gespeculeerd over wat er gebeurd zou zijn. In die laatste fase speelden, naast de eerder besproken organisaties, ook de artsenorganisaties een rol.

Omdat de evaluatiecommissie de opdracht heeft om het handelen van de achtereenvolgens bij de zaak betrokken organisaties te beschrijven en te evalueren, heeft zij de verklaring van de coassistente over wat er op 19 augustus 2013 in haar belevening is gebeurd als startpunt integraal in het rapport opgenomen. Met deze verklaring, die overigens op 26 oktober 2013 alsnog door de Volkskrant is gepubliceerd, raakte de als eerste betrokken organisatie, het AMC, immers op donderdag 22 augustus 2013 voor het eerst bekend met wat er drie dagen daarvoor in Tuitjenhorn zou zijn gebeurd. Deze verklaring luidt als volgt:

> Verslag
>
> Sinds het begin van mijn coschap (ik zit nu in de 4e week) ben ik betrokken hij een patiënt met kanker, die alleen nog palliatief behandeld werd. Een aantal keer in de week ging ik hij hem langs samen met de haio. In het begin had hij niet al teveel klachten, in de laatste week lag hij met zuurstof, katheter en Fentanyl pleister in een bed in de woonkamer. We hadden het over euthanasie en palliatieve sedatie gehad, waarbij hij aangaf niet voor euthanasie te kiezen, maar rustig wilde inslapen middels palliatieve sedatie mocht hij onbehandelbare symptomen krijgen.
>
> Afgelopen maandag was de haio vrij en ging ik samen met de huisarts naar de patiënt. Hij zag er zwakker uit dan de week ervoor, maar ademde rustig en kon aangeven dat hij pijn had en waar. Zijn vrouw vertelde dat hij nog wel wat dronk en daarbij nog Nutridrink nam. Verder ging het eten moeizaam. De thuiszorgmedewerkster vroeg of hij wat extra's voor de pijn kon krijgen, bijvoorbeeld morfine middels een pompje. De huisarts vertelde dat we naar de praktijk zouden terugrijden om alvast wat extra morfine te halen en daarna een pompje voor hem zouden regelen.
>
> In de praktijk liepen we naar de spreekkamer waar ik altijd zit. Hij opende met zijn sleutel een kastje wat altijd op slot is. Hierin stonden een heleboel dozen morfine en dormicum (en misschien nog meer dingen, maar dat zag ik zo gauw niet). Hij haalde twee dozen ampullen morfine en een doos ampullen Dormicum uit de kast. We liepen naar de spreekkamer van de haio (die er dus niet was) en hij haalde drie grote spuiten uit de kast (ik denk dat dat 100 cc is ofzo, maar dat weet ik niet zo goed, in ieder geval heel groot). Hij schroefde er naaldjes op en instrueerde mij de ampullen morfine te breken en de morfine op te trekken. Na drie ampullen vroeg ik hoeveel er nog moesten. Hij zei: allemaal. Ik zei: dan vermoord ik hem. Hij zei: we helpen hem gewoon naar de lieve heer. Ik zei: dat doe ik niet, doe jij het verder maar. Hij zei toen: nou je staat helemaal te trillen, wat vind je hier nou van? Dus ik vertelde dat ik het heel heftig vond en dat dit niet mocht. Hij zei dat ik dan maar beter in de praktijk kon blijven en de archieven op kon ruimen. Hij trok ondertussen twee volle spuiten morfine op (met twee dozen ampullen dus) en een spuit vol Dormicum. Hij zei: pak even drie pleisters en kom mee. Ik liep mee en we reden naar de patiënt toe.
>
> Toen de thuiszorgmedewerkster de grote spuiten zag, vroeg ze onmiddellijk hoeveel morfine dat wel niet was. Hij vertelde dat het met name vocht was met een beetje morfine erbij. Zij vroeg nog hoeveel en vroeg of het 50 mg (of microgram, weet ik niet meer) was. Hij zei ja en zei vervolgens tegen de patiënt: hier komt

even een prikje hoor. En spoot zo de hele eerste spuit morfine leeg in zijn been. In het andere been spoot hij de dormicum spuit leeg. Ik moest pleisters plakken en we gingen snel weg.

Op weg naar de auto zei hij: “wedden dat ze binnen 5 minuten bellen? Het is zo gebeurd. Ik durfde die andere spuit morfine niet meer te spuiten omdat die zuster zo moeilijk deed. Maar dit moet wel genoeg zijn”.

We reden naar een andere visite waar we binnen 5 minuten weer buiten stonden. In de auto werden we door de praktijkassistente gebeld. Onze patiënt was inderdaad overleden. Hij hield zijn hand omhoog naar mij en zei: sla dan, een high five. Toen heb ik dat maar gedaan.

We zijn naar de praktijk gereden om de overlijdenspapieren te halen. De overbodige morfinespuit heeft hij weer in het gesloten kastje gelegd. In de auto instrueerde hij mij om verbaasd mee te doen dat het plotseling zo snel gegaan was met de patiënt. Dit deden we dus ook. Zijn vrouw was ook verbaasd en vertelde mij dat haar man opeens enorm grote ogen had en toen plots was overleden. De huisarts stelde de dood vast, we condoleerden zijn vrouw en hebben nog gezorgd dat de patiënt er wat netter bij lag. Op de overlijdenspapieren vulde hij een natuurlijke dood in.

Toen we uiteindelijk weer terug in de auto zaten zei ik hem dat ik geleerd had dat dit niet zo mag. Hij zei dat alle huisartsen zo’n kastje zouden moeten hebben en dat je een lapzwans bent als je het niet zo doet. De palliatieve sedatie zou veel administratie kosten, euthanasie al helemaal, want dan moet er een SCEN arts bij. En het duurt ook allemaal lang. Hij laat nooit zoiets over voor de dienst, zorgt dat het voor 17 uur is afgelopen. Toen vertelde hij dat hij ook weleens een zak over iemands hoofd had gedaan en toen ik geschrokken reageerde zei hij dat de C02 dood een hele zachte dood is. Ook helium had hij in de praktijk voor dit soort gevallen. Hij zei: en dit ga je natuurlijk niet op de opleiding vertellen, want dan hang ik, dat snap je wel. Uiteindelijk ben ik maar mee gaan praten met hem en ben er niet verder tegenin gegaan. Op de praktijk heb ik mijn spreekuur afgemaakt.

De volgende dag was zijn vrije dag, maar opeens stond hij tijdens de koffiepauze toch in de praktijk. Terwijl iedereen erbij zat, vroeg hij me met een knipoog: en, goed kunnen slapen na de rustige dood van meneer ... gisteren? Ik heb maar met “ja prima” geantwoord en ben weer verder gegaan.

Tijdlijn gebeurtenissen casus Tuitjenhorn

Datum	Gebeurtenis
Maandag 19 augustus 2013	Overlijden van patiënt in Tuitjenhorn
Donderdag 22 augustus 2013	Coassistente en coördinator coschappen huisartsgeneeskunde AMC hebben een gesprek over wat de coassistente had meegemaakt. Later die avond stuurt ze haar verklaring op schrift aan de coördinator.
Vrijdag 23 augustus 2013	De betrokken medewerkers van het AMC overleggen en besluiten advies te vragen aan de IGZ. De IGZ betrekt het Expertisecentrum Medische Zaken (EMZ) van het Openbaar Ministerie in de zaak In de middag vindt telefonisch contact plaats tussen de IGZ en de coördinator en de IGZ en de coassistente. Uiteindelijk stuurt de coassistente haar verslag, haar naam en de naam de huisarts aan de IGZ.
Maandag 26 augustus 2013	De zaak wordt doorverwezen naar het regionale parket. Een opsporingsteam wordt samengesteld. In de middag worden zowel de coördinator van het AMC als de coassistente gehoord door opsporingsambtenaren. In de avond vindt een doorzoeking van de huisartsenpraktijk en de woning van de arts plaats.
5 september 2013	De advocaat van de huisarts meldt de zaaksofficier dat de huisarts zich heeft laten opnemen in een GGZ-instelling. De opname duurt tot 20 september.
12 september 2013	De Raad van Bestuur van het AMC komt op de hoogte van de gebeurtenissen.
13 en 15 september 2013	De huisarts wordt op het politiebureau gehoord.
24 september 2013	De huisarts tekent de verklaringen. De IGZ ontvangt het dossier van het OM.
27 september 2013	Het voorgenomen bevel op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) wordt naar de huisarts gezonden. Er vindt op dezelfde dag een zienswijzegesprek met de huisarts en zijn raadsvrouw plaats bij de IGZ.
30 september 2013	De advocaat van de huisarts stuurt diens zienswijze naar de IGZ.
2 oktober 2013	De IGZ legt aan de huisartsenpraktijk een bevel op grond van de Kwz op inhoudende dat de huisarts voorlopig niet als arts binnen de praktijk werkzaam mag zijn.
3 oktober 2013	De IGZ laat aan de advocaat van de huisarts weten dat hij 14 dagen de tijd krijgt om een voorlopige voorziening aan te vragen tegen openbaarmaking van het bevel. Later die middag wordt door de IGZ aan de raadsvrouw van de huisarts gecommuniceerd dat dit op een misverstand berust en dat het bevel de volgende dag openbaar zou worden gemaakt.

4 oktober 2013	De IGZ publiceert op de website het bevel in beperkte vorm, waarbij de arts bij naam wordt genoemd. Diezelfde middag treedt ook het OM in de openbaarheid met een persbericht.
7 oktober 2013	Het OM dient een vordering inbewaringstelling bij de rechter-commissaris in. De vordering wordt toegewezen en geschorst onder bijzondere voorwaarden, waaronder de voorwaarde dat de arts zich zal onthouden van handelingen in het kader van euthanasie of palliatieve zorg.
8 oktober	De huisarts overlijdt. Het zienswijzegesprek met de huisarts op het ministerie van VWS in verband met de verlenging van het bevel op grond van de Kwz dat op deze dag zou plaatsvinden, vervalt.
15 oktober 2013	In de Volkskrant wordt gemeld dat de melding bij de IGZ van een collega-arts uit het AMC kwam. Het AMC laat weten hoe de melding tot stand kwam.
16 oktober 2013	De IGZ organiseert een bijeenkomst in de Domus Medica met de artsenorganisaties en het OM in de hoop de ontstane onrust in de beroepsgroep te kunnen wegnemen.
18 oktober 2013	De IGZ publiceert een persbericht. Ook worden Q&A's gepubliceerd op de website van de KNMG en de LHV waarin het OM een aantal antwoorden geeft op vragen van de artsenorganisaties. Ook de LHV en de KNMG publiceren persberichten. Verder besluit de IGZ het calamiteitenonderzoek voort te zetten.
19 oktober 2013	Het AMC schrijft een brief aan huisartsen -opleiders waarin het stelt dat de huisarts "buitensporig en bewust normoverschrijdend" heeft gehandeld.
22 oktober 2013	Er vindt een gesprek plaats tussen afvaardigingen van het AMC en van de IGZ. Het AMC dringt bij de IGZ aan op meer openheid.
24 oktober 2013	Het AMC meldt in de media onder meer dat de huisarts een overdosis morfine en dormicum heeft toegediend.
25 oktober 2013	De IGZ maakt het bevel integraal openbaar.
26 oktober 2013	Het verslag van de coassistente wordt in de Volkskrant gepubliceerd.
12 december 2013	Het AMC organiseert een bijeenkomst met externe betrokkenen in het kader van de evaluatie van de rol van het AMC in de casus Tuitjenhorn.

Hoofdstuk I De rol van het Academisch Medisch Centrum

Het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam is onder meer een opleidingsinstituut voor artsen en specialisten. Eén van de ca. 75 medische afdelingen van het AMC is de afdeling Huisartsgeneeskunde. De afdeling verzorgt een onderwijs in de bachelorfase en de masterfase van de opleiding basisarts. Daarbij is de afdeling verantwoordelijk voor de organisatie en begeleiding van het coschap Huisartsgeneeskunde. Dit is het laatste reguliere coschap in de master opleiding tot basisarts en duurt vijf weken. Voor de organisatie en begeleiding van de coschappen beschikt de afdeling over het "Co-Team", bestaande uit een zestal huisartsen van wie één, *de coördinator van het coschap Huisartsgeneeskunde*, belast is met de algehele coördinatie. Uitzonderingen daargelaten worden coschappen huisartsgeneeskunde gelopen bij daarvoor door het Co-team gekwalificeerd bevonden huisartsen, de zogenoemde *huisartsdocenten* (verder ook te noemen opleiders). Huisartsdocenten krijgen instructies en de cursus docentprofessionalisering vanuit de opleiding. Tijdens het coschap huisartsgeneeskunde werkt de coassistent onder supervisie van een huisarts (de huisartsdocent). Op die manier krijgt hij of zij zicht op de klinische praktijk van de huisartsgeneeskunde en haar plaats in de gezondheidszorg. Ook wordt aandacht besteed aan de samenwerking met - en verwijzing naar - specialisten en andere werkers in de gezondheidszorg. Er zijn drie terugkomdagen. zij zijn meestal in week 2, 3 en 5. Op deze terugkomdagen worden onder meer opdrachten besproken. Op elke terugkomdag wordt er ruimte ingepland voor het uitwisselen van ervaringen.
De huisarts uit Tuitjenhorn fungeerde als huisartsdocent voor de coassistent, een studente geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. In de vierde week van haar stage was zij getuige van een wijze van medisch handelen van de huisarts die haar danig schokte.

1.1 De gang van zaken in de dagen voorafgaand aan de melding aan de IGZ

De coassistente vond hetgeen ze had meegemaakt tijdens haar coschap dusdanig schokkend dat ze uiteindelijk besloot de coördinator coschap huisartsgeneeskunde van het AMC (hierna: de coördinator) om een gesprek te vragen. De huisarts had haar gezegd, dat ze over het gebeuren niet op de opleiding mocht spreken, en ook dat was voor haar een reden om te veronderstellen dat er iets zeer ongewoons was gebeurd. Daar kwam bij dat ze, volgens haar verklaring, tevergeefs had geprobeerd om haar bedenkingen over de handelwijze van de huisarts aan hem voor te leggen. Ze besloot vervolgens contact met de coördinator te zoeken. In de aanloop naar het gesprek met de coördinator was de coassistente zich ervan bewust dat het mogelijk nadelige gevolgen zou hebben voor haar verdere loopbaan als bekend werd dat zij de coördinator had ingelicht over haar bedenkingen over het handelen van de huisarts. Desondanks besloot ze contact met de coördinator op te nemen omdat het voorval dat ze in de opleidingssituatie had meegemaakt haar ernstig had verontrust. Daarbij verzocht ze, vanwege de mogelijke schadelijke gevolgen voor haar loopbaan, om een vertrouwelijk gesprek.

Tijdens het gesprek, op donderdag 22 augustus 2013, vertelde de coassistente over wat ze had meegemaakt in de praktijk waar ze stage liep. Wat zij toen mededeelde kwam volgens de coördinator vrij letterlijk overeen met hetgeen ze later in het schriftelijke verslag, dat hiervoor in dit rapport is opgenomen, heeft opgeschreven.

De coördinator, zelf een praktiserend huisarts, vond dit verhaal, als het waar zou zijn, zo verontrustend – niet alleen voor wat betreft de hoeveelheden morfine en dormicum, maar ook voor wat betreft andere aspecten van de zorgverlening - dat hij daarover intern met een collega wilde overleggen. Het was in zijn ervaring niet ongebruikelijk dat coassistenten zaken willen bespreken die ze in de opleidingssituatie hebben meegemaakt, maar dat een coassistente op de opleiding vertelt over een voorval van deze ernst had hij niet eerder meegemaakt. Tijdens het gesprek stelde de coördinator kritische vragen onder andere over specifieke details zodat hij een eerste inschatting zou kunnen maken van de betrouwbaarheid van haar verhaal.[1]

Hoewel de coördinator de indruk had gekregen dat de coassistente zich coherent en weloverwogen gedroeg, was het hem niet a priori duidelijk hoe betrouwbaar haar verklaring was. Daarbij was hij zich ervan bewust dat er mogelijk sprake was van een levensdelict, indien de verklaring juist zou blijken te zijn. De coördinator vond deze situatie zo uitzonderlijk dat hij besloot om, met instemming van de coassistente, een collega te benaderen om te overleggen. Ook verzocht hij de coassistente om haar verklaring op schrift te stellen zodat eventuele inconsistenties met wat ze mondeling had verteld aan het licht zouden kunnen komen. Dat verslag mailde ze dezelfde donderdagavond aan de coördinator.

Na ontvangst van het verslag heeft de coördinator het hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde gebeld. Omdat deze op dat moment niet bereikbaar was, heeft hij een hoogleraar Medische Ethiek van het AMC (hierna: de hoogleraar) benaderd. Deze hoogleraar is lang huisarts geweest en was voorzitter van de artsexamencommissie. Toen de hoogleraar het verhaal hoorde, hield hij het in eerste instantie niet voor mogelijk dat dit was gebeurd. Hij hield sterk rekening met de mogelijkheid dat onzuivere motieven ten grondslag lagen aan het verhaal van de coassistente. Na dit telefonische gesprek stuurde de coördinator het verslag van de coassistente aan de hoogleraar. Als het verklaarde waar zou zijn, was dit in zijn ogen een manier van medisch handelen die buiten de wettelijke kaders viel. De hoogleraar en de coördinator spraken af de volgende ochtend, op vrijdag 23 augustus voor de start van de onderwijsprogramma's, gezamenlijk te overleggen over welke stappen er genomen zouden moeten worden.

De coördinator en de hoogleraar zagen zich geconfronteerd met zeer zorgwekkende signalen omtrent het medisch handelen rond het levenseinde door een van hun huisartsdocenten, terwijl zij nog niet wisten, in hoeverre zij konden varen op de verklaring van de coassistente. Zij besloten binnen de mogelijkheden die zij daartoe tot hun beschikking hadden, te onderzoeken of er aanleiding was om te twijfelen aan de verklaring van de coassistente. Ze spraken af dat de studieadviseur zou worden benaderd om te vragen of er in het studentendossier van de coassistent iets stond dat

[1] Zo heeft de coassistente in het gesprek de grootte van de spuit die door de huisarts was gebruikt voor de coördinator beschreven.

aanleiding zou kunnen geven om te twijfelen aan haar verhaal.[2] Dat bleek niet het geval. Verder spraken ze af dat de IGZ zou worden benaderd om de casus voor te leggen en advies te vragen over hoe te handelen.

Kort na het overleg op vrijdagochtend belde de coördinator naar de IGZ. De IGZ-medewerker adviseerde een anonieme melding te doen via het IGZ-meldpunt.[3] Daarop stuurde de coördinator het verslag van de coassistente aan het meldpunt met het verzoek om advies hoe verder moest worden gehandeld. Het verslag bevatte niet de naam van de coassistente noch de naam van de huisartsenpraktijk. Het eerstvolgende contact van de coördinator met de IGZ, dat ongeveer vier uur later plaatsvond, werd door hem geïnitieerd omdat de IGZ nog niet had gereageerd. Omdat er indicaties waren dat het mogelijk een medische strafzaak betrof had de IGZ het verslag van de coassistente inmiddels doorgestuurd aan het Expertisecentrum Medische Zaken (EMZ) van het Openbaar Ministerie.[4] Een medewerker van de IGZ berichtte de coördinator dat hij zou worden teruggebeld.
In de loop van die middag werd de coördinator gebeld door de programmadirecteur eerstelijnszorg van de IGZ. In het telefoongesprek gaf de coördinator aan dat er in zijn ogen geen sprake was geweest van euthanasie noch van palliatieve sedatie. Ook meldde hij dat de arts uitlatingen zou hebben gedaan waaruit zou kunnen worden afgeleid dat hij voornemens zou zijn binnenkort bij een patiënt op een soortgelijke wijze te handelen. De programmadirecteur liet in dit gesprek weten dat de IGZ niets zou kunnen doen als de naam van de coassistente en de huisarts niet bekend zouden zijn. De coördinator werd in overweging gegeven het besprokene met de coassistente op te nemen. Later die vrijdag had een telefoongesprek plaats tussen de (nog anonieme) coassistente en de programmadirecteur. In dat gesprek vertelde de coassistente dat de huisarts na een bezoek aan een terminale patiënt zich op diezelfde dag in de auto had uitgelaten over toediening van de tweede nog ongebruikte morfinespuit aan deze patiënt. Ook zou hij daarbij een opmerking gemaakt hebben over het gebruik van helium als alternatief. De coassistente had deze opmerkingen, hoewel ze wellicht niet zo waren bedoeld, als bedreigend ervaren en meldde de programmadirecteur dat ze vreesde voor herhaling. De programmadirecteur ervoer de coassistente als rustig en weloverwogen. De programmadirecteur heeft aan de commissie verklaard dat hij de coassistente in het telefoongesprek heeft geadviseerd er goed over na te denken of zij een niet-anonieme melding zou doen omdat de verklaring van dien aard was dat dan ook het bureau Opsporing van de IGZ en het OM er actief bij betrokken zouden moeten worden. Hetgeen zij had medegedeeld wekte het vermoeden dat er mogelijk sprake was van een misdrijf; het Expertisecentrum Medische Zaken van het OM had dat toen al, na een eerste verkenning, aan de IGZ laten weten. De coassistente, die tegenover de commissie heeft verklaard dat zij zich niet goed voorgelicht voelde over de gevolgen van een eventuele melding aan de IGZ, had niet het idee dat ze nog enige keuze had en deelde diezelfde

[2] Om redenen van privacy kan alleen de studieadviseur dat dossier inzien.
[3] In de Leidraad meldingen van de IGZ uit 2010 die op dat moment van toepassing was, staat weliswaar in artikel 3 dat meldingen de naam en het adres van de melder en de zorgaanbieder dienen te bevatten, maar het is niet uitgesloten dat de IGZ anonieme meldingen in behandeling neemt. Indien een melding anoniem is, wordt de melder volgens de Leidraad in de gelegenheid gesteld binnen een bepaalde termijn de melding aan te vullen. Zie verder het tweede lid: “Indien die termijn verstreken is zonder dat de melding is aangevuld, kan de IGZ besluiten de melding niet in behandeling te nemen”.
[4] Dit is conform de art. 162, lid 1 sub c van het Wetboek van Strafvordering en het Samenwerkingsprotocol van de IGZ en het OM en wordt uitvoeriger beschreven in het volgende hoofdstuk.

avond haar naam en de naam van de huisarts aan de IGZ mee en zond ook haar verslag mee. Vanaf dat moment had het AMC, tot medio oktober 2013, geen actieve bemoeienis meer met de casus. De IGZ en het OM namen de zaak over.

1.2 Geen collegiaal overleg

In de media en onder artsen ontstond veel kritiek op het feit dat het AMC rechtstreeks contact had gezocht met de IGZ en niet de huisarts eerst had benaderd zodat die zijn kant van het verhaal kon vertellen.[5] De betrokken medewerkers van het AMC hebben twee redenen genoemd die hen ertoe brachten om af te wijken van hetgeen gebruikelijk is en voorafgaand aan de melding aan de IGZ geen contact te zoeken met de huisarts. Ten eerste wilden zij de coassistente beschermen. Direct contact zoeken met de huisarts om zijn kant van het verhaal te horen, leek hen geen goede optie omdat daarmee bekend zou worden dat de coassistente met de coördinator was gaan praten.
De tweede reden was dat de IGZ, nadat de coördinator de zaak om advies aan de IGZ had voorgelegd, liet weten dat zij de zaak overnam en zou onderzoeken en dat de betrokkenen werd verzocht verder geen actie te ondernemen. Dat verzoek hebben de medewerkers kennelijk geïnterpreteerd als een verzoek om, hangende het onderzoek, geen contact met de huisarts op te nemen, omdat dat het onderzoek van de IGZ zou kunnen schaden.[6]

Zoals gezegd zijn de betrokken medewerkers van het AMC voor deze aanpak sterk bekritiseerd. Met name huisartsdocenten vonden deze handelwijze niet collegiaal; het leidde bij hen tot gevoelens van onveiligheid. Andere overwegingen, zoals bijvoorbeeld de patiëntveiligheid of de vraag of bepaalde uitzonderlijke gebeurtenissen een onderzoek vergen waartoe een opleidingsinstituut de mogelijkheden niet heeft, speelden in die kritiek geen kenbare rol.[7] De handelwijze van de betrokken medewerkers is ook besproken tijdens een interne evaluatie die in december 2013 in het AMC is gehouden. Bij deze bijeenkomst waren ook externe partijen uitgenodigd, zoals de LHV en de Huisartsopleiding Nederland.

Het AMC verkeerde in een dilemma: enerzijds was men van oordeel dat de betrokken medewerkers terecht contact hadden gezocht met de IGZ, maar anderzijds wilden men de huisartsdocenten

---

[5] Collegiaal overleg is een belangrijke norm binnen de beroepsgroep van artsen. Dat blijkt onder andere uit de KNMG-richtlijn "Omgaan met incidenten, fouten en klachten, wat mag van artsen worden verwacht?" dat collegiaal overleg voorschrijft in gevallen, waarin een aanwijzing of het vermoeden bestaat van disfunctioneren van een collega. De richtlijn heeft tot doel om te voorkomen dat een niet goed-functionerende arts daarop door zijn collega's niet wordt aangesproken met als gevolg dat het disfunctioneren niet aan het licht komt en bespreekbaar wordt. Om die reden wordt van zorgverleners een actieve houding verwacht indien zij worden geconfronteerd met vermoedens van disfunctioneren van collega's. Een doofpotcultuur leidt immers niet tot verbetering bij betrokkene en gaat daarmee uiteindelijk ten koste van de kwaliteit van de zorg.
[6] Het AMC concludeert op dit punt in de interne evaluatie "Dat de inspectie er bij de melders van de afdeling Huisartsgeneeskunde op aandrong de huisarts in kwestie niet in te lichten (...)".
[7] Typerend is de opstelling van de Huisarts Opleidersvereniging VU, die nog in een brief aan het AMC van 26 mei 2014 liet weten dat zonder uitzondering altijd contact moet worden opgenomen met de huisartsopleider, waarmee dan "direct sprake is van hoor en wederhoor" en tevens vroeg te verduidelijken wat de gebeurtenissen rond de huisarts "voor de verantwoordelijken (kennelijk is bedoeld: van het AMC) voor gevolgen heeft". Genoemde vereniging staat overigens los van het VUmc.

geruststellen en hen laten weten dat dit een zeer uitzonderlijke situatie betrof. Deze lastige positie leidde tot uitingen die voor tweeërlei uitleg vatbaar zijn. Een van de conclusies van de interne evaluatie van het AMC, namelijk dat men de huisarts in de casus Tuitjenhorn had moeten informeren, is daar een voorbeeld van. Het AMC heeft, naar uit de gehouden interviews kan worden afgeleid, geconstateerd dat de medewerkers die betrokken waren bij de melding, of andere betrokkenen in het AMC die naderhand op de hoogte zijn gebracht van de melding, alsnog contact hadden moeten opnemen met de huisarts. Ook al waren er dagen respectievelijk weken verstreken *na* de melding aan de IGZ. In de conclusie van de interne evaluatie kan echter ook het tegenovergestelde worden gelezen. In die lezing is hoofdregel dat steeds eerst contact met de betreffende beroepsbeoefenaar wordt gezocht, alvorens de Inspectie wordt benaderd. Van deze hoofdregel kan slechts in één heel specifieke situatie worden afgeweken, zo wordt uitdrukkelijk in de conclusie van de evaluatie gemeld, te weten wanneer er sprake is van “acuut en ernstig gevaar voor de patiëntveiligheid”. Dat de conclusie deze uitzondering zo uitdrukkelijk vermeldt zonder aan te geven dat deze uitzonderlijke situatie zich in de onderhavige casus had voorgedaan, lijkt er op te wijzen dat men de hoofdregel in deze zaak van toepassing achtte.[8] Zo gelezen is de conclusie van de evaluatie dat eerst contact had moeten worden gezocht met de huisarts. Die opvatting is ook in de pers als het oordeel van het AMC terechtgekomen,[9] mede naar aanleiding van de brief waarbij het AMC excuses aan de weduwe van de huisarts heeft aangeboden. Dat is niet helemaal onbegrijpelijk aangezien in die brief onder meer het volgende staat:

> Wij zijn tot de conclusie gekomen, dat we niet correct, onvoldoende zorgvuldig en niet collegiaal hebben gehandeld tegenover uw man bij onze melding aan de inspectie. We hadden toen onmiddellijk contact moeten opnemen met hem. Dat we dat niet hebben gedaan spijt ons en we willen u daarvoor onze excuses aanbieden.

Ook de IGZ en het OM hebben de desbetreffende conclusie van de interne evaluatie, in laatstgenoemde zin opgevat en tijdens de interviews hun bevreemding daarover uitgesproken.
Het AMC is op deze kwestie in de pers niet met een correctie teruggekomen.

1.3 De interne AMC-richtlijn

Het AMC kende een interne richtlijn voor de (verplichte) melding bij de IGZ van calamiteiten die zich in het ziekenhuis hadden voltrokken. Volgens deze richtlijn diende een melding altijd via de directeur patiëntenzorg te geschieden. In de evaluatie stelde het bestuur zich op het standpunt dat deze richtlijn van overeenkomstige toepassing was op de melding van calamiteiten, geconstateerd bij derden zoals – in dit geval – huisartsdocenten. De direct betrokken medewerkers van het AMC wisten niet dat de interne richtlijn ook van toepassing was op situaties waarin, zoals in dit geval, het

[8] Gesprekspartners van de commissie, verbonden aan het AMC hebben verklaard, dat achteraf gezien de uitzondering van acuut en ernstig gevaar voor de patiëntveiligheid zich naar hun oordeel niet heeft voorgedaan, maar ook dat men zich goed kan voorstellen dat de betrokken medewerkers van het AMC daarover ten tijde van de melding aan de IGZ anders dachten.
[9] In de media is de conclusie getrokken dat het AMC vond dat het voorafgaand aan de melding contact met de huisarts had moeten opnemen.

AMC niet als zorgverlener, maar als opleidingsinstituut betrokken was. Omdat een soortgelijk geval zich nooit eerder had voorgedaan, waren de medewerkers niet van het bestaan van de interne richtlijn op de hoogte.

Naar aanleiding van de zaak Tuitjenhorn is de richtlijn “Beleid melding aan toezichthouder (Inspectie)” van 2 januari 2014 tot stand gekomen. Hierin staat een procedure beschreven die behelst dat elk contact van het AMC met de IGZ via de directeur patiëntenzorg moet lopen en dat elke melding bekend moet zijn bij de Raad van Bestuur. Hierin is verder als uitgangspunt opgenomen dat alle betrokken partijen over het voornemen tot het doen van een melding dienen te worden geïnformeerd. Slechts als zeer uitzonderlijke omstandigheden dit gewenst maken, kan van het uitgangspunt dat een betrokken partij dient te worden geïnformeerd, worden afgeweken. Deze uitzondering op de hoofdregel is algemener geformuleerd dan in de conclusie van de interne evaluatie van het AMC is gebeurd, waar, zoals gezegd, specifiek als enige uitzondering is genoemd de situatie waarin sprake is van ernstig en acuut gevaar voor de patiëntveiligheid.

1.4 Beschouwing

1.4.1 De afweging van de coassistente

Vaak kunnen vragen die een coassistent heeft over hetgeen hij of zij in de opleidingssituatie heeft meegemaakt adequaat worden besproken met de huisartsdocent in de opleidingssituatie zelf. Er zijn echter situaties denkbaar waarin dit niet kan of niet voldoende lukt. Het past in het beleid van het opleidingsinstituut dat een coassistent in die situatie de stap neemt om daarover op het instituut verder te spreken. Daartoe is ook gelegenheid op de terugkomdagen op het opleidingsinstituut. Soms is het bespreken van een voorval dat men in de praktijk heeft meegemaakt op de opleiding voldoende en wordt er geen verder vervolg aan gegeven. In andere gevallen wordt de student aangemoedigd om nogmaals te pogen met de huisartsdocent het gesprek aan te gaan. Zonodig wordt er vanuit het opleidingsinstituut contact gezocht met de huisartsdocent.

In de casus Tuitjenhorn had de coassistente hetgeen ze had meegemaakt tijdens haar stage als dermate schokkend ervaren dat ze uiteindelijk besloot niet te wachten op de terugkomdag, maar de coördinator om een gesprek te vragen. De coassistente was zich ervan bewust dat het mogelijk gevolgen zou hebben voor haar verdere loopbaan als bekend zou worden dat zij met haar de coördinator had gesproken.[10] Om deze reden verzocht ze om een vertrouwelijk gesprek. De coassistente had niet voorzien dat haar onderhoud met de betrokken medewerker van het AMC ertoe zou leiden dat haar verklaring in minder dan 24 uur bij de IGZ en het EMZ van het OM lag. Dit bracht een proces op gang waarover de coassistente naar haar eigen gevoel geen controle meer had. Zij meende dat zij geen andere keuze had dan te doen wat haar verzocht werd, namelijk het verschaffen van de gevraagde persoonsgegevens aan de IGZ.

[10] In haar verklaring staat dat de huisarts haar had gezegd dat ze dit niet op de opleiding mocht vertellen.

1.4.2 De afweging van de betrokken medewerkers van het AMC

Intercollegiaal overleg in de gezondheidszorg is van groot belang voor de kwaliteit van de zorg en zal in vrijwel alle gevallen van vermoedens van disfunctioneren het uitgangspunt vormen. In de casus Tuitjenhorn was er weliswaar in strikte zin misschien geen sprake van een collegiale relatie, maar in ieder geval was er sprake van een opleidingsrelatie: de huisarts was opleider van een coassistente van het AMC. Ook in die relatie zal er veel waarde moeten worden gehecht aan het uitgangspunt van overleg bij vermoedens van disfunctioneren. Een huisartsdocent zal ervan uit mogen gaan dat het opleidingsinstituut niet blind afgaat op hetgeen door een coassistent op de opleiding is verteld. Zou deze basis van vertrouwen er niet zijn, dan is het voor huisartsdocenten weinig aantrekkelijk om nog coassistenten te begeleiden, hetgeen zeker niet in het belang is van een opleidingsinstituut. Dat is ook als zodanig door het AMC erkend; in de conclusie van de interne evaluatie is opgenomen dat bij een vermoeden of blijk van onprofessioneel of normoverschrijdend handelen contact dient te worden opgenomen met de betreffende huisartsdocent.

Veelal zal er in een gesprek met de huisartsdocent kunnen worden besproken wat er in de opleidingssituatie is voorgevallen. De huisartsdocent zal in die situatie de mogelijkheid hebben om zijn kant van het verhaal te belichten. Op basis hiervan kan men zich bij het opleidingsinstituut een beeld vormen van wat er is gebeurd en of verdere actie geboden is. In uitzonderlijke gevallen zoals de casus Tuitjenhorn, kan overleg met de huisartsdocent in ieder geval geen hoor- en wederhoor gericht op waarheidsvinding inhouden. Waarheidsvinding bij vermoedens van strafbaar handelen als in de casus Tuitjenhorn kan niet door een onderwijsinstelling worden verricht.[11] In een dergelijk geval kan de verklaring van de coassistente slechts uitvoeriger worden getoetst door de bevoegde autoriteiten. Gedegen onderzoek door de autoriteiten bij een dergelijk vermoeden kan overigens ook in het belang zijn van degene over wie wordt gemeld, omdat daarmee ook kan komen vast te staan dat een belastende verklaring niet juist is, bijvoorbeeld omdat zij op een misverstand berust. Omdat de betrokken medewerkers van het AMC de coassistente wilden beschermen hebben zij, zoals hierboven beschreven, voorafgaand aan het verzoek om advies aan de IGZ geen contact gezocht met de huisarts. Zij wilden de coassistente zolang mogelijk anoniem houden zodat ze, ook voor haar verdere loopbaan, niet beschadigd zou raken doordat zij deed wat volgens het AMC van een goede coassistente wordt verwacht; het stellen van kritische vragen over het handelen van de huisartsdocent en het terugkoppelen van ervaringen naar de coördinator. Terugkijkend kan worden geconcludeerd dat het AMC er niet in is geslaagd om de coassistente in de anonimiteit te houden. Of dat streven toen reëel was, is achteraf lastig vast te stellen; de betrokken medewerkers zijn immers door de verdere gang van zaken na het contact met de IGZ verrast.[12] Het streven was in ieder geval begrijpelijk.

Er zijn uitzonderlijke situaties denkbaar waarbij er goede redenen bestaan om niet eerst contact te zoeken met een huisartsdocent bij vermoedens van disfunctioneren, maar op een andere wijze met deze vermoedens om te gaan. Het belang van de waarheidsvinding bij een verdenking van strafbaar

---

[11] Tot die conclusie komt ook het AMC in de interne evaluatie.

[12] Zoals in het volgende hoofdstuk uitvoeriger zal worden beschreven is het handelen van de IGZ op dit punt conform art. 162, lid 1 sub c van het Wetboek van Strafvordering en het Samenwerkingsprotocol van de IGZ en het OM.

handelen, kan een rechtvaardiging zijn voor het feit dat niet eerst een gesprek wordt aangegaan met de betrokken arts. Het belang van de waarheidsvinding hoeft niet per se te botsen met het belang om bij vermoedens van disfunctioneren contact met de huisartsdocent te zoeken, maar als er bij verdenking van een ernstig strafbaar feit vermoedens bestaan dat contact met de betrokkene de waarheidsvinding zou kunnen belemmeren, kan dat reden zijn om bij wijze van uitzondering geen contact met de arts op te nemen. In de casus Tuitjenhorn had de huisarts volgens de coassistente gezegd dat zij over het voorval niet op de opleiding mocht spreken. Daarnaast had hij een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven waardoor het stoffelijk overschot reeds was gecremeerd en er geen toxicologisch onderzoek meer kon plaatsvinden, waarmee de hoogte van de toegediende doseringen zou kunnen worden aangetoond. Deze omstandigheden wekten twijfel of de arts bereid was zich toetsbaar op te stellen. Voor de opsporingsautoriteiten bleven er minder mogelijkheden over om de verklaringen van de coassistent te verifiëren. Een van die mogelijkheden was een onderzoek van de inhoud van het genoemde (medicijn)kastje in de praktijk van de arts.
Het voorgaande neemt echter niet weg dat de huisarts op een later moment alsnog zou kunnen worden ingelicht over de melding en eventueel een gesprek zou kunnen plaatsvinden over de ervaringen van de huisartsdocent en de coassistente in de opleidingssituatie, mits dat het belang van de waarheidsvinding niet meer zou doorkruisen. Het hoofd van de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC heeft, nadat hij van hetgeen er was gebeurd op 6 september op de hoogte was gekomen, overwogen om alsnog contact met de huisarts te zoeken. Uiteindelijk heeft hij daarvan afgezien vanwege de ziekte van de arts. Een van de conclusies van de interne evaluatie van het AMC, namelijk dat men de huisarts in de casus Tuitjenhorn had moeten informeren, moet ook in dat licht worden gezien, naar de commissie uit het gesprek met een lid van de Raad van Bestuur van het AMC heeft begrepen. Het AMC heeft geconstateerd dat de medewerkers die betrokken waren bij de melding, of andere betrokkenen in het AMC die naderhand op de hoogte zijn gebracht van de melding, alsnog contact hadden moeten opnemen met de huisarts. De door het AMC gekozen bewoordingen, zowel in de excuusbrief aan de weduwe als in de conclusie van de interne evaluatie, laten echter (tekstuele) ruimte voor de interpretatie dat het AMC vond dat men contact had moeten zoeken met de huisarts *voorafgaand* aan de melding. Deze interpretatie hebben de media in de berichtgeving weergegeven. Dat het AMC die interpretatie heeft gelaten voor wat deze was, is niet onbegrijpelijk, gelet op de mediastorm die rond het AMC had gewoed en waarin weinig ruimte was geweest voor de nuance.

De betrokken medewerkers van het AMC zagen zich voor het dilemma geplaatst dat ze een verhaal van een coassistente hoorden dat in hun ogen zeer verontrustend was als het waar zou zijn, zonder te weten in hoeverre de verklaring betrouwbaar was, terwijl zij daarover vanwege de ernst van de gerapporteerde feiten en de belangen van de coassistente geen contact met de huisarts konden opnemen. Zij ondernamen wel een aantal stappen om, zo goed als mogelijk, te achterhalen of er aanleiding was om te twijfelen aan het verhaal van de coassistente. Het was een voor de hand liggende stap van de betrokken coördinator, die vanwege de ernst van hetgeen hij had gehoord het gevoel had niet alleen te kunnen beslissen, om een collega te benaderen om overleg te voeren. De andere stappen die werden genomen, passen eveneens bij het inzicht dat de gerapporteerde gedragingen wezen op een levensdelict: het verzoek aan de coassistente om haar verklaring op schrift te stellen zodat eventuele inconsistenties met wat ze mondeling had verteld aan het licht zouden kunnen komen en het zo goed als mogelijk intern nagaan of er aanleiding was om te twijfelen

aan de betrouwbaarheid van de verklaring van de coassistente, zoals door het benaderen van de studieadviseur.
Uit wat hiervoor is weergegeven, volgt dat beide medewerkers van het AMC terecht geoordeeld hebben dat het hier één van die bovengenoemde, zeer uitzonderlijke situaties betrof waarin er reden was om van het uitgangspunt van collegiaal overleg af te wijken. Al hun navolgende handelingen waren adequaat, gegeven dit oordeel.

1.4.3 Het AMC en de interne richtlijn

In het overleg op vrijdagochtend, besloten de betrokken medewerkers van het AMC de IGZ om advies te vragen. Zij vonden het verhaal van de coassistente zo ernstig, dat ze haar toestemming vroegen om de vertrouwelijkheid waarom ze had gevraagd te doorbreken. De gang van zaken na het opnemen van contact met de IGZ om advies – en met name het direct inschakelen van het OM – heeft de betrokkenen verrast. De grens tussen het vragen om overleg met de IGZ en het doen van een melding, lijkt, althans in een geval als dit, moeilijk te trekken. De melder verliest de regie op de casus omdat het in de praktijk moeilijk blijkt in die situatie, waarin de autoriteiten van mening zijn dat strafrechtelijk onderzoek aangewezen is, nog af te zien van het doen van een formele melding, waarbij de noodzakelijke gegevens worden verschaft. Over het verdere verloop van het proces voelden de betrokkenen zich, naar zij hebben verklaard, ook niet voldoende door de IGZ en het OM geïnformeerd.

Het is juist, gezien de ernst van de door de coassistente gerapporteerde feiten en omdat het ging om (voorschriften op) het gebied van de volksgezondheid, dat de betrokken medewerkers van het AMC de IGZ benaderden.[13] In de interne evaluatie van het AMC is, naast de constatering dat de melding op zichzelf terecht was, ook gesteld dat de betrokkenen ten onrechte de AMC-procedure voor het contact met de IGZ niet hadden gevolgd. Het is niet vreemd dat men van het bestaan van de richtlijn niet afwist. Het is de commissie gebleken dat ook bij andere opleidingsinstituten een richtlijn ontbreekt voor de situatie dat men in de opleidingssituatie signalen ontvangt van medisch handelen die een melding zouden kunnen rechtvaardigen. Het is uiteraard niet vast te stellen of, als de procedure die in de interne richtlijn is beschreven wel zou zijn gevolgd, het besluit om contact met de IGZ op te nemen en om daaraan voorafgaand geen contact met de huisarts te zoeken anders zou zijn uitgevallen. Wel zou, zoals het AMC ook zelf concludeert, betrokkenheid van anderen binnen het AMC bij het besluit om de IGZ te benaderen, extra momenten van reflectie hebben opgeleverd. In ieder geval kan de betrokken medewerkers van het AMC redelijkerwijze niet worden verweten dat zij de interne procedure met betrekking tot meldingen niet hebben nageleefd, omdat de interne richtlijn op dat moment niet expliciet voorschreef welke stappen moesten worden genomen bij een voorgenomen melding in de situatie waarbij het AMC als opleidingsinstituut was betrokken.[14]

---

[13] Op grond van artikel 36, eerste lid, onder b van de Gezondheidswet is de IGZ belast met "het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid, een en ander voor zover de ambtenaren van het Staatstoezicht daarmede zijn belast bij of krachtens wettelijk voorschrift."
[14] De nieuwe richtlijn verduidelijkt de reikwijdte ervan. Zij heeft betrekking op *alle* meldingen namens het AMC aan een toezichthouder.

In de nieuwe richtlijn "Beleid melding aan toezichthouder (Inspectie)" van 2 januari 2014 is als uitgangspunt opgenomen dat alle betrokken partijen over het voornemen van het doen van een melding dienen te worden geïnformeerd. Slechts als zeer uitzonderlijke omstandigheden dit ongewenst maken, kan van het uitgangspunt dat over een voorgenomen melding contact wordt opgenomen met de betrokkene, worden afgeweken. Deze uitzondering op de hoofdregel is algemener geformuleerd dan in de conclusie van de interne evaluatie van het AMC is gebeurd, waar specifiek als enige uitzondering op de regel wordt genoemd de situatie waarin sprake is van ernstig en acuut gevaar voor de patiëntveiligheid. De nieuwe regeling laat terecht ook ruimte voor andere gronden voor het aannemen van zeer uitzonderlijke omstandigheden.

1.4.4 Slot

Het is evident dat in de opleidingsrelatie tussen een opleidingsinstituut en een huisartsdocent veel gewicht moet worden toegekend aan het uitgangspunt dat er eerst collegiaal overleg dient plaats te vinden als er bij het opleidingsinstituut vragen leven over het medisch handelen van een huisartsdocent. Er kunnen echter zeer uitzonderlijke situaties bestaan waarbij er goede redenen zijn om van dit uitgangspunt af te wijken. Het belang van de waarheidsvinding bij een vermoeden dat sprake is van een levensdelict waarbij er signalen zijn dat de betrokken huisartsdocent zich mogelijk niet toetsbaar opstelt, kan rechtvaardigen dat er geen collegiaal contact wordt gezocht over een voorgenomen melding. Waarheidsvinding in een geval als in de casus Tuitjenhorn is immers in het belang van de gehele beroepsgroep.[15] In dit licht is het niet aanvaardbaar dat er geen ruimte zou bestaan voor een opleidingsinstituut om in zeer uitzonderlijke omstandigheden van het uitgangspunt van collegiaal contact af te wijken. Terecht heeft het AMC in de interne richtlijn dan ook opgenomen dat er uitzonderlijke omstandigheden kunnen bestaan waarbij het gerechtvaardigd is van dat algemene uitgangspunt af te wijken. Het is een illusie om te veronderstellen dat het mogelijk is deze uitzonderlijke omstandigheden in een richtlijn nader te beschrijven.

[15] Zie voorts de paragraaf over de samenleving en de beroepsgroep in de epiloog.

Hoofdstuk II Het strafrechtelijk onderzoek

2.1. De voorgeschiedenis van het strafrechtelijk onderzoek

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is, als toezichthoudende instantie, wettelijk verplicht aangifte te doen bij de officier van justitie indien zij kennis krijgt van een mogelijk gepleegd misdrijf waardoor inbreuk is gemaakt op een regeling waarvan de uitvoering of de zorg voor de naleving aan de Inspectie is opgedragen.[16] Op vrijdag 23 augustus ontving de IGZ via het meldpunt een toen nog anoniem bericht over mogelijk normoverschrijdend handelen van een huisarts. De betrokken ambtenaren van de IGZ kwamen, na intern overleg tot het oordeel dat, als de gemelde feiten juist waren, er mogelijk sprake was van een ernstig misdrijf in het kader van de medische zorgverlening. Om dit oordeel te toetsen nam een ambtenaar van de Inspectie contact op met het Expertise Centrum Medische Zaken (EMZ)[17] van het OM. Daarmee voldeed de IGZ aan een wettelijke verplichting. Het EMZ liet weten het eens te zijn met het oordeel van de IGZ: de gerapporteerde feiten deden het vermoeden rijzen dat er sprake was van strafbaar handelen. Een strafrechtelijk onderzoek leek nodig vanwege de ernst van de verdenking en de mogelijkheid om strafvorderlijke dwangmiddelen, zoals inbeslagneming, in te zetten met het doel om vast te stellen of de gerapporteerde feiten juist waren. Daarvoor was wel vereist dat de anonimiteit van de melding zou worden opgeheven en de melder en de mogelijke dader bij het OM bekend zouden worden. Op vrijdagavond 23 augustus ontving de IGZ de namen van degene die van de feiten melding had gemaakt (een coassistente) en van de betreffende huisarts. Ook kreeg de IGZ de beschikking over een schriftelijke verklaring van de coassistente.

Na het weekend, op maandag 26 augustus, nam de IGZ opnieuw contact op met het EMZ. Strikt juridisch gezien leek de zaak niet ingewikkeld te zijn en geen nieuwe rechtsvragen op te roepen. In een dergelijk geval wordt een medische strafzaak door het EMZ doorverwezen naar het regionale parket van het OM. In dit geval was dat het parket Noord-Holland. In overleg tussen de IGZ en het regionale parket werd besloten dat eerst een strafrechtelijk onderzoek ingesteld zou moeten worden. Dat onderzoek zou onder leiding staan van de medisch officier van justitie (verder: de zaaksofficier). Zolang dat onderzoek duurde zou de IGZ afzien van eigen onderzoek om het strafrechtelijk onderzoek niet te verstoren.

De IGZ heeft een eigen verantwoordelijkheid om toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg. Het komt vaker voor dat de IGZ vanuit haar eigen verantwoordelijkheid een onderzoek uitvoert naast een strafrechtelijk onderzoek in dezelfde zaak. Het strafrechtelijk onderzoek richt zich dan met name op een voorval uit het verleden, terwijl dit voorval voor de IGZ aanleiding kan zijn om onderzoek te doen naar de kwaliteit van de zorgverlening in het algemeen met het oog op (verbetering in) de toekomst.

[16] De wettelijke verplichting is geformuleerd in art. 162 lid 1 sub c van het Wetboek van Strafvordering. Hier toepasselijke regelingen welke de IGZ geacht wordt te handhaven zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg.

[17] Het EMZ adviseert het OM over de afdoening van medische zaken en levert expertise. Het is tevens aanspreekpunt voor het Bureau Opsporing van IGZ .

De melding en het daarbij gevoegde verslag van de coassistente gaven naar het oordeel van het OM grond voor de verdenking dat sprake was van moord dan wel van het misdrijf van art. 293 van het Wetboek van Strafrecht – het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen, zonder dat was voldaan aan wezenlijke, voor een arts geldende zorgvuldigheidseisen - en daarnaast van het ten onrechte afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden. Het onderzoek van het OM was in eerste instantie gericht op het vaststellen van feiten. Daarmee wilde het de consistentie en de betrouwbaarheid toetsen van de verklaring waarop de verdenking was gebaseerd.

Het OM was er zich gedurende het strafrechtelijke onderzoek van bewust dat het moeilijk zou zijn aan te tonen dat er sprake was geweest van het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen, omdat daarvoor een wilsverklaring van de patiënt nodig was. De patiënt in deze zaak had echter, zo hadden de coassistente en een aantal andere getuigen verklaard, zijn eerdere wilsverklaring ingetrokken en uiteindelijk geopteerd voor palliatieve sedatie. Toch besloot het OM de verdenking van "het opzettelijk beëindigen van het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen" (art. 293 Sr) als primair verwijt in de stukken te handhaven. Men vond dat moord, dat wel als subsidiair verwijt was opgenomen, een onbevredigende kwalificatie was voor medisch handelen rond het levenseinde.[18]

2.2 De organisatie van het strafrechtelijk onderzoek

Op maandag 26 augustus werd een speciaal opsporingsteam samengesteld, bestaande uit ervaren rechercheurs waaraan, vanwege hun bijzondere expertise op dit terrein, enkele bijzondere opsporingsambtenaren van de IGZ werden toegevoegd. Nog op diezelfde dag zijn de coassistente en haar stagebegeleider van het AMC in opdracht van de zaaksofficier officieel gehoord om de betrouwbaarheid en consistentie van de verklaring van de coassistente zo goed mogelijk te beoordelen. Omdat er binnen het opsporingsteam twijfels waren over het mogelijke effect van de toegediende dosering waarover de coassistente had verklaard, is op diezelfde dag aan twee artsen gevraagd wat hun oordeel was over de hoogte van de doseringen.[19] Diezelfde vraag is ook voorgelegd aan het Nederlands Forensisch Instituut. De op deze wijze verworven informatie kon de

[18] In het Nederlandse strafrecht is voor het misdrijf "moord" geen bijzonder - negatief - motief vereist, doch is voldoende dat, kort gezegd, na (enig) beraad en niet in een impuls is gehandeld. Legemaate beschrijft dat de juridische kwalificatie moord in gevallen van medisch handelen rondom het levenseinde niet alleen voor de betrokken arts uitermate onbevredigend is, maar ook voor rechters. In de zaak van de huisarts Van Oijen stelt het Gerechtshof Amsterdam in zijn uitspraak van 3 juni 2003: 'Voorop gesteld moet worden dat in een geval als het onderhavige de kwalificatie "moord" niet in overeenstemming is met het daaraan in het algemeen verbonden maatschappelijke gevoelen, maar een juridische-technische term betreft, waaraan niet te ontkomen valt door de wijze waarop de wetgeving de toetsing van gevallen als deze heeft gewenst.' Zie: ECLI:NL:GHAMS:2003:AF9392. In dit kader zijn voorstellen gedaan om een aparte bepaling in het wetboek van strafrecht op te nemen ten aanzien van levensbeëindigend handelen door artsen. Dit zou de strafbaarheid op zichzelf niet wegnemen.

[19] Eén van deze artsen is ook gedurende het strafrechtelijke onderzoek op meerdere momenten geraadpleegd.

verdenking niet wegnemen. Het OM wist vanaf dat moment dat de toegediende doseringen ver buiten de gangbare medische praktijk lagen.

Ook bij het OM zelf is een speciaal team samengesteld, waarvan naast de zaaksofficier, ook het teamhoofd, de hoofdofficier van justitie, de kwaliteitsofficier/persofficier en een communicatieadviseur deel uitmaakten. Alle belangrijke beslissingen in het onderzoek - zoals die met betrekking tot het vorderen van de doorzoekingen door de rechter-commissaris, de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de verdachte zou worden gehoord en de vordering tot bewaring - zijn na uitvoerig overleg en afweging van alle betrokken belangen binnen dat team genomen.
Gedurende het onderzoek is op verschillende momenten contact onderhouden met het EMZ dat, desgevraagd, de zaaksofficier kon adviseren. Vanwege het gevoelige karakter van de zaak is verder besloten dat niet de politie maar het OM de communicatie met derden, zoals de pers, zou verzorgen. Van het begin af aan is het OM, evenals de IGZ, zich ervan bewust geweest dat een strafrechtelijk onderzoek tegen de huisarts een grote impact kon hebben, zeker nu het ging om de enige huisarts in een kleine gemeenschap.

2.3 Het verloop van het strafrechtelijk onderzoek

2.3.1 De doorzoekingen

Op de avond van maandag 26 augustus heeft de rechter-commissaris, bijgestaan door leden van het opsporingsteam, een doorzoeking verricht in de praktijk en de woning van de huisarts. Een justitiële huiszoeking is een schokkende ervaring, zeker voor een nietsvermoedende burger die nooit eerder zoiets heeft meegemaakt. Het betekent dat er onverwacht justitiële autoriteiten en politiemensen het huis binnentreden die overal kunnen rondkijken en voorwerpen in beslag kunnen nemen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat juist dit onderdeel van het opsporingsonderzoek, toen dat bekend raakte, veel publieke commotie heeft veroorzaakt. In de pers, in commentaren en in ingezonden brieven vielen termen als ”overvalcommando”, “grof optreden van het OM dat buiten alle proporties was” en wat dies meer zij. Toch is de huiszoeking een veel gebruikt opsporingsmiddel; het is de context waarin zij in dit geval werd toegepast en de misverstanden die later in de media opdoken die zoveel deining hebben veroorzaakt.
De wetgever heeft de huiszoeking met veel waarborgen omgeven. Zo kan een huiszoeking of de doorzoeking van een huisartsenpraktijk[20] in beginsel alleen plaats vinden door een rechter:[21] een rechter-commissaris. De aanwezigheid van de rechter-commissaris bij de huiszoeking strekt ertoe toezicht te houden op de rechtmatigheid van de doorzoeking. Een andere waarborg is: alle

[20] In de wet is opgenomen: “een kantoor van een persoon met bevoegdheid tot verschoning als bedoeld in art. 218 Sv”. Een arts behoort, vanwege het aan zijn beroep verbonden beroepsgeheim, tot de in art. 218 bedoelde personen.
[21] Bij dringende noodzakelijkheid en indien het optreden van de rechter-commissaris niet afgewacht kan worden, kan de officier van justitie de doorzoeking verrichten, doch alleen na verkregen, gemotiveerde, machtiging van de rechter-commissaris.

activiteiten en inbeslagnemingen dienen nauwkeurig vastgelegd te worden zodat controle achteraf van de rechtmatigheid steeds mogelijk blijft.

De voorbereiding van de doorzoekingen

De middag van 26 augustus heeft het opsporingsteam zich intensief beraden over de wijze waarop de verklaring van de coassistente geverifieerd zou kunnen worden. In hoeverre de verklaring van de coassistente betrouwbaar was en hoe die kon worden getoetst, was in de beginfase een belangrijk gesprekthema. Bij alle volgende stappen diende men er steeds rekening mee te houden dat de verklaring hetzij onjuist was dan wel feitelijk correct. De verklaring bevatte een aantal materiële punten (onder meer de aanwezigheid van een grote hoeveelheid morfine in de huisartsenpraktijk) die ter plaatse gecheckt zouden kunnen worden. Een doorzoeking was daarvoor het aangewezen opsporingsmiddel. De vraag was wanneer de doorzoeking zou moeten plaatsvinden. De doorzoeking zou zo snel mogelijk en onaangekondigd moeten geschieden: het risico bestond immers dat anders bewijsmateriaal zou worden weggemaakt of anderszins verloren zou gaan. Dat risico achtte men niet denkbeeldig: zoals hiervoor al vermeld, had de huisarts een verklaring van natuurlijk overlijden afgegeven.[22] Daarmee had de arts zich in de ogen van het OM, als de verklaring van de coassistente waar zou zijn, niet toetsbaar opgesteld.[23] Als gevolg van de afgifte van die verklaring was het stoffelijk overschot al vóór de aanvang van het onderzoek gecremeerd, zodat geen toxicologisch onderzoek meer kon plaatsvinden.
Daarnaast werd binnen het opsporingsteam ook het herhalingsgevaar hoog ingeschat. De coassistente had verklaard dat er nog een grote hoeveelheid morfine in de huisartsenpraktijk aanwezig was en dat de huisarts een opmerking had gemaakt waaruit zij afleidde dat hij de overgebleven morfine mogelijk zou toedienen bij een andere terminale patiënt. Hoeveel gewicht er aan deze opmerking moest worden toegekend, was niet zeker, maar het OM wilde geen enkel risico lopen en daarom zo snel mogelijk een doorzoeking organiseren.

Daar stond tegenover dat de verdachte de enige huisarts was in een kleine gemeenschap, dat hij al vele jaren een gerenommeerde praktijk voerde en dat een doorzoeking in de volle openbaarheid een zeer grote inbreuk op zijn reputatie met zich mee zou brengen. Bovendien was de praktijk gevestigd in een gebouw waarin ook andere zorgverlenende instellingen, waaronder een apotheek, waren ondergebracht. Een doorzoeking op de dinsdag overdag was naar het oordeel van het OM dus niet gewenst. Men stond toen voor de keuze om de doorzoeking nog op maandagavond te laten plaatsvinden, en wel omstreeks 23.00u, omdat het logistiek niet mogelijk bleek om een en ander

---

[22] Een dergelijke verklaring mag door de behandelend arts alleen worden afgegeven als hij ervan overtuigd is dat de dood door een natuurlijke oorzaak is ingetreden (art. 7 jo art. 3 Wet op de lijkbezorging); bij twijfel mag dus geen verklaring worden afgegeven. Objectief gezien is het afgeven van die verklaring i.c. onjuist, mede gelet op het hierna te noemen door de commissie ingewonnen deskundigenrapport. De huisarts heeft echter tegenover opsporingsambtenaren verklaard dat zijn handelen moet worden geplaatst in het kader van een hoge dosering medicatie bij palliatieve sedatie en dat daarop zijn overtuiging dat sprake was van een natuurlijkoverlijden, was gebaseerd.

[23] Was die verklaring niet afgegeven, zo is tijdens de interviews van de zijde van het OM opgemerkt, dan zou deze zaak via de gemeentelijk lijkschouwer, bij wie de arts zijn beleid had kunnen toelichten, direct ter beoordeling aan het OM zijn voorgelegd en dus de route via het AMC niet aan de orde zijn gekomen. Zie echter voor wat betreft de opvatting van de arts de vorige noot.

eerder te organiseren, of op de dinsdagavond zo vroeg mogelijk na het invallen van de duisternis. Mede vanwege het mogelijke recidivegevaar besloot het opsporingsteam uiteindelijk om, na instemming van de rechter-commissaris, nog diezelfde avond de woning en de praktijkruimten van de arts te doorzoeken.

De uitvoering van de doorzoekingen

Een vordering tot doorzoeking werd bij de rechter-commissaris ingediend. Deze heeft de vordering getoetst en rechtmatig bevonden. Op basis daarvan heeft hij de doorzoekingen verricht.
De doorzoeking van de woning begon om 22.55 uur en heeft zich beperkt tot de dokterstas en de garage; zij is beëindigd om 23.25 uur. Daarbij waren naast de rechter-commissaris, de officier van justitie en de griffier, twee opsporingsambtenaren aanwezig. Daarna zijn in aanwezigheid van de arts de praktijkruimten in het gezondheidscentrum doorzocht; die doorzoeking is beëindigd om 0.45 uur. Ook daarbij was de rechter-commissaris in persoon aanwezig. Voor deze doorzoeking werden de justitiële autoriteiten bijgestaan door zes opsporingsambtenaren. Bij de doorzoeking van de praktijkruimte vond men, onder meer, een spuit met ongeveer 1 gram morfine. Dit kwam overeen met hetgeen de coassistente had verklaard. Voorts stuitte men op een aantal lege ampullen, die kennelijk morfine hadden bevat, tezamen in een hoeveelheid die overeenkwam met de in die verklaring genoemde dosering, die aan de patiënt zou zijn toegediend. Later in het strafrechtelijke onderzoek bleek dat de verklaring van de coassistente op verschillende punten, zoals ten aanzien van de toegediende medicatie, steun vond in de verklaringen van andere getuigen, onder wie de thuiszorgmedewerkster die bij de toediening van de medicatie aanwezig was geweest.

2.3.2 Het verdere opsporingsonderzoek

In de daarop volgende weken zijn verschillende getuigen gehoord, waaronder – telefonisch - een deskundige van het UMC over de vermoedelijke werking van de toegediende stoffen. Op grond van verschillende getuigenverklaringen kan als vaststaand worden aangenomen dat de patiënt een eerdere euthanasieverklaring had ingetrokken en uitdrukkelijk had gekozen voor palliatieve sedatie. Op zaterdag 7 september zou de huisarts als verdachte worden gehoord. Daartoe is hij tevoren bij brief van 4 september op het politiebureau ontboden voor verhoor. In de oproep voor het verhoor werd hem ook medegedeeld dat hij dan zou worden aangehouden De ontbieding op termijn is toegepast om de huisartsenpraktijk in de gelegenheid te stellen in waarneming van de huisarts te voorzien. Op 5 september deelde de advocaat van de huisarts de zaaksofficier echter mede dat de huisarts ziek was en zich had laten opnemen in een GGZ-instelling. Daarop is van het verhoor op eerdergenoemde datum afgezien.

Vervolgens is er verschillende keren telefonisch contact geweest tussen de zaaksofficier en de advocaat met betrekking tot de vraag of, en zo ja, wanneer en onder welke condities een verhoor mogelijk zou zijn. De behandelend psychiater heeft over deze vraag met een collega, met haar leidinggevende en met de huisarts gesproken. Na overleg met de huisarts en zijn behandelaars heeft de advocaat de zaaksofficier laten weten dat het horen van de huisarts mogelijk was indien aan bepaalde voorwaarden zou zijn voldaan. Afgesproken is dat de arts op twee dagen gedurende

maximaal vier uren zou worden gehoord, in aanwezigheid van zijn advocaat. Daarna zou hij telkens terugkeren naar de GGZ-instelling waar hij goed zou kunnen worden opgevangen. Overeenkomstig die afspraak is de huisarts op 13 en 15 september op het politiebureau verschenen en daar telkens in aanwezigheid van zijn advocaat gehoord.

Nadat de arts in de gelegenheid was gesteld om in zijn verklaringen correcties of aanvullingen op te nemen heeft hij zijn verklaring op 24 september getekend. Dezelfde dag zijn de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek zoals die tot dan toe waren verkregen, aan de IGZ ter beschikking gesteld.

2.3.3. De vordering bewaring

Begin oktober 2013 besloot het OM een vordering tot toepassing van preventieve hechtenis (bewaring) ten aanzien van de verdachte bij de rechter-commissaris in te dienen. Het doel hiervan was om de kans op herhaling in te perken. Daarom zou het OM zich ook kunnen vinden, aldus een memo van 3 oktober dat is gericht aan de rechter-commissaris, in een schorsing van de bewaring onder de bijzondere voorwaarde dat de betrokkene zich zou onthouden van handelingen in het kader van palliatieve zorg en/of euthanasie. Bij een schorsing van de preventieve hechtenis (bewaring) vindt er geen feitelijke vrijheidsbeneming plaats als de verdachte zich aan de gestelde voorwaarden houdt.

De zaaksofficier had reeds eerder, eind augustus, onderzocht – kennelijk vanwege het aanwezig geachte recidivegevaar - of het mogelijk zou zijn een bevel aan de verdachte op te leggen op grond van artikel 96a Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) met het doel dat de huisarts zich voorshands van het verlenen van palliatieve zorg of het toepassen van euthanasie zou onthouden. Daarover is toen overleg gepleegd met de IGZ en het EMZ, die beide van oordeel waren dat dit geen begaanbare weg was, omdat zo’n maatregel alleen mogelijk is ten aanzien van een zorgverlener die getreden is buiten de grenzen van hetgeen tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend. Het verlenen van palliatieve zorg en het toepassen van euthanasie valt echter binnen het gebied van de deskundigheid van de huisarts.

Binnen het OM is ten aanzien van het besluit om een vordering inbewaringstelling in te dienen uitvoerig overleg gevoerd en ook bij deze beslissing was het hele OM-team betrokken. Overwogen is dat het hoogst ongebruikelijk is in een zaak waarin er een verdenking is van moord geen vordering inbewaringstelling bij de rechter-commissaris in te dienen. Doorslaggevend voor het OM was echter, zoals vermeld, de vrees voor recidive.[24] Mede gelet op de psychische gesteldheid van de verdachte is besloten niet tot aanhouding over te gaan, maar de verdachte in de gelegenheid te stellen vrijwillig voor de rechter-commissaris te verschijnen. Door verder aan te sturen op een schorsing van de bewaring zou van enige vrijheidsbeneming geen sprake zijn.
Nadat de rechter-commissaris de verdachte in het bijzijn van zijn advocaat op maandag 7 oktober

[24] Daarbij speelde voor het OM een rol dat de huisarts beschikte over een (illegale) voorraad opiaten en ervan werd verdacht op naam van de toen al overleden patiënt een recept te hebben uitgeschreven voor nieuwe opiaten. Die bestelling heeft de apotheker in verband met het overlijden echter niet uitgevoerd en overigens waren alle andere opiaten bij de doorzoeking in beslag genomen.

naar aanleiding van de vordering had gehoord, heeft hij het bevel bewaring verleend en dat op diezelfde dag geschorst, onder meer onder de voorwaarde dat de verdachte zich zou onthouden van handelingen in het kader van palliatieve zorg en/of euthanasie.

2.3.4 Het einde van het strafrechtelijk onderzoek. De mededeling van het sepot

Door het overlijden van de arts op 8 oktober verviel het recht tot strafvordering van het OM en eindigde dus het strafrechtelijk onderzoek.[25] De zaak is daarop geseponeerd. Een brief betreffende dit sepot is op 3 februari naar de raadsvrouw van de arts gestuurd. Als gevolg van een administratieve vergissing is dat sepot ook in een aan de arts gerichte brief van 4 februari 2014 medegedeeld. Gebleken is dat is nagelaten een bepaalde functie van het computersysteem uit te schakelen ten einde te voorkomen dat in dit geval de betreffende standaardbriefbrief automatisch zou worden aangemaakt en verzonden.

2.4 Beschouwing

2.4.1 De samenwerking tussen OM en IGZ rond de melding

De IGZ was wettelijk verplicht aangifte te doen bij het OM. Het enkele feit dat aangifte wordt gedaan betekent echter niet dat het OM vervolgens een strafrechtelijk onderzoek instelt. De officier van justitie zal zich zelfstandig een oordeel moeten vormen over de vraag of van een verdenking in de zin van de wet sprake is. Daar komt bij dat bij overtreding van normen in de sfeer van de gezondheidszorg in een geval als dit in beginsel zowel de bestuursrechtelijke/ tuchtrechtelijke als de strafrechtelijke weg kan worden gevolgd.
De IGZ is bevoegd om in het kader van het toezicht op de naleving van de wetten waarop de Inspectie toezicht houdt, een aantal zogenaamde bestuursrechtelijke maatregelen in te zetten. Dat zijn maatregelen die een bestuursorgaan kan opleggen en waartegen een belanghebbende bezwaar en beroep bij de bestuursrechter kan indienen. Het kan gaan om bestuurlijke maatregelen met een punitief karakter zoals de bestuurlijke boete die de IGZ bij bepaalde overtredingen kan opleggen. Maar het kan ook gaan om bestuursrechtelijke maatregelen die gericht zijn op verbetering van de zorgverlening zoals het opleggen van een bevel of een aanwijzing in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Daarnaast bestaat er een wettelijk tuchtrecht voor gereglementeerde beroepen zoals medische beroepen waarvoor een BIG-registratie noodzakelijk is. Op grond van de wet BIG kunnen direct belanghebbenden, maar ook de IGZ, tuchtzaken bij een regionaal tuchtcollege aanhangig maken. De zwaarste maatregel die in het medisch tuchtrecht kan worden opgelegd is doorhaling in het BIG-register.

[25] Artikel 69 Wetboek van Strafrecht.

Een schending van de regels in de sfeer van de gezondheidszorg kan zo ernstig zijn dat ook strafrechtelijke normen worden overtreden en strafrechtelijke vervolging in aanmerking kan komen. Het OM is de enige bevoegde instantie die zaken voor de strafrechter kan brengen. Onder bepaalde omstandigheden kan medisch handelen dus aanleiding geven tot strafrechtelijke en/of bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke maatregelen.

Om te bepalen of er grond bestaat om een strafrechtelijk onderzoek in te stellen, is het nodig dat er overleg over en afstemming van het beleid van de IGZ en het OM plaatsvindt. Om dat proces in goede banen te leiden, bestaat het Samenwerkingsprotocol volksgezondheid tussen de inspectie voor de Gezondheidszorg en het Openbaar Ministerie, en het daarop gebaseerde Informatieprotocol OM-IGZ. Het Samenwerkingsprotocol spreekt onder meer over gegevensuitwisseling in een zo vroeg mogelijk stadium tussen de betrokken instanties als het gaat om zaken, waarin (mogelijk) sprake is van samenloop van toezicht en opsporing. Een en ander is uitgewerkt in het Informatieprotocol OM-IGZ.

Volgens dat protocol is het uitgangspunt op het gebied van de gezondheidszorgwetgeving dat bestuursrechtelijke en/of tuchtrechtelijke handhaving prevaleert boven het inzetten van strafrechtelijke instrumenten. Strafrecht wordt dus in het algemeen slechts met terughoudendheid toegepast. Maar onder omstandigheden is strafrechtelijke handhaving aangewezen. Criteria die daarvoor in het informatieprotocol worden genoemd zijn onder meer de ernst van het feit, de samenhang met andere strafbare feiten en de wenselijkheid om ten behoeve van de waarheidsvinding opsporingsbevoegdheden en strafvorderlijke dwangmiddelen, zoals een huiszoeking, in te zetten. Werkafspraken dienen te worden gemaakt om te voorkomen dat het ene proces het andere verstoort. Concreet betekent dit, dat de partij die een signaal ontvangt van verwijtbaar handelen, bijvoorbeeld in de vorm van een melding of klacht bij de IGZ of een aangifte van een burger bij het OM, nagaat welke “voorlopige kwalificatie”(zoals het informatieprotocol dat noemt)aan dat handelen moet worden toegekend. In het protocol staat dat als er aan de kwalificatie bestuurs-, tucht- en/of strafrechtelijke handhaving is verbonden er, waar het een medische strafzaak betreft,[26] afstemming plaatsvindt tussen het EMZ en de IGZ. Bij die afstemming dient in het bijzonder ook aandacht besteed te worden aan toepassing van bevoegdheden tot het vaststellen van de feiten. Voor wat het OM betreft gaat het daarbij om strafrechtelijk onderzoek en strafvorderlijke dwangmiddelen als doorzoeking.

Strafrechtelijke terughoudendheid ten aanzien van het medische handelen rond het levenseinde betekent dat afwijking van medische richtlijnen op zichzelf geen grond is om een strafrechtelijk onderzoek en eventueel een vervolging in te stellen. Er kunnen immers goede redenen zijn, die de arts in concrete situaties niet alleen de ruimte geven maar zelfs kunnen verplichten om van medische richtlijnen, waaronder die betreffende palliatieve sedatie, af te wijken. Er kan in het algemeen alleen dan grond bestaan voor strafrechtelijk optreden indien de verdenking bestaat dat wezenlijke uitgangspunten en randvoorwaarden voor euthanasie of palliatieve sedatie zijn geschonden of indien

[26] Een medische strafzaak wordt in het Samenwerkingsprotocol gedefinieerd als een zaak waarin het medisch handelen of nalaten van een persoon die werkzaam is in de (geestelijke) gezondheidszorg of de alternatieve gezondheidssector een redelijk vermoeden oplevert van schuld aan enig strafbaar feit zoals bedoeld in art. 27 Sv.

vergaand van richtlijnen is afgeweken zonder dat daarvoor een deugdelijke motivering kan worden gegeven.

2.4.2 Het strafrecht en de medische professie

Tijdens de gehouden interviews is gebleken dat sommige artsen van mening zijn dat de hulpverlening van artsen aan het sterfbed principieel geen voorwerp van strafrechtelijk onderzoek behoort te zijn. De arts heeft de bedoeling om het lijden van een patiënt in de terminale fase waar mogelijk te verlichten. Daarbij is sprake van een delicaat evenwicht, waarbij niet alleen de medische technologie maar ook menselijke emoties van de patiënt en zijn omgeving een rol spelen. Soms zal de arts geconfronteerd worden met een (nood-)situatie, waarin het noodzakelijk en gerechtvaardigd is dat van regels en richtlijnen wordt afgeweken. De arts is dan bij zijn handelen op de grens van dood en leven hoe dan ook kwetsbaar. Hij verdient, aldus deze opvatting dan ook de ruimte om de behoeften van de patiënt en de nabije naasten zo goed mogelijk te dienen, zonder de vrees daarvoor achteraf vervolgd te worden.
Hierover kan het volgende worden opgemerkt. Vooropgesteld moet worden dat de arts de ruimte toekomt om zo nodig gemotiveerd van richtlijnen af te wijken. Anderzijds strekken de regels, zoals de wettelijke voorschriften met betrekking tot euthanasie en de Richtlijn palliatie sedatie[27] er juist toe om de rechtszekerheid te bevorderen en dus ook om de arts te beschermen en zijn kwetsbaarheid te verminderen. Daarbij gaat het overigens om regels die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld of waarop de opvattingen van de beroepsgroep duidelijk invloed hebben gehad. Het strafrecht dient, zoals hierboven al uiteengezet, met grote terughoudendheid te worden toegepast. Echter, een principiële uitsluiting van strafrechtelijk optreden in elk denkbaar geval zou neerkomen op strafrechtelijke immuniteit voor de beroepsgroep van artsen op dit terrein. Op algehele strafrechtelijke immuniteit kunnen ook artsen geen aanspraak maken. Eén belangrijke grondslag daarvoor is ook te vinden in het Europese *Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden* (EVRM) uit 1950. Bij het medisch handelen rond het levenseinde kan een arts inbreuk maken op mensenrechten van de patiënt. Uit het EVRM vloeit voort dat strafrechtelijk onderzoek bij de verdenking van levensdelicten in de sfeer van de volksgezondheid niet bij voorbaat kan worden uitgesloten.[28] Zeker in gevallen waarbij sprake is van een vermoeden van *opzettelijke*

---

[27] KNMG-richtlijn palliatieve sedatie 2009. Volgens die richtlijn wordt het gebruik van morfine als sedativum als een kunstfout beschouwd (blz. 8).

[28] Dat volgt uit de rechtspraak van het Europees Hof voor de rechten van de mens op art. 2 EVRM, welk artikel voor zover hier van belang luidt: "Everyone's right to life shall be protected bij law". Het Hof heeft hieruit voor wat betreft zaken betreffende de volksgezondheid afgeleid dat deze bepaling de Staat verplicht "to set up an effective independent judicial system so that the cause of death of patients in the care of the medical profession, whether in the public or the private sector, can be determined and those responsible made accountable" In een latere zaak heeft het Hof in dit verband overwogen :"the Court has said many times that the effective judicial system required by Article 2 may, and under certain circumstances must, include recourse to the criminal law". EHRM 9-4-2009, nr. 71463/01, Šilih vs. Slovenia §192-194. Zie ook: EHRM 17-1-2002, nr. 32967/96 Calvelli and Ciglio vs. Italy, §48-51; EHRM 8-7-2002, nr. 53924/00, Vo vs. France §88-90. Dat geldt zeker in gevallen waarin sprake is van een vermoeden van opzettelijke levensbeëindiging. Gaat het om feiten waarbij opzet geen rol speelt ("medical negligence") dan is volgens het Hof het instellen van strafrechtelijk onderzoek niet noodzakelijkerwijze in alle gevallen vereist, maar kan ook een civielrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure voldoende zijn.

levensbeëindiging is een strafrechtelijk onderzoek, vanwege het belang van de waarheidsvinding, aangewezen.

Daarbij verdient opmerking dat een – positieve – intentie niet uitsluit dat van opzet in strafrechtelijke zin sprake is.[29] De intentie is niet bepalend ingeval het handelen van de zorgverlener objectief gezien sterk afwijkt van wat van hem als professional mag worden verwacht. Een arts kan goede bedoelingen hebben, maar uiteindelijk gaat het er niet alleen om wat de arts bedoelde te doen, maar ook om wat hij werkelijk heeft gedaan.[30]

2.4.3 Een redelijk vermoeden van schuld?

Het oordeel van het OM dat de huisarts in het onderhavige geval verdacht kon worden van een levensdelict, is op een zorgvuldige wijze tot stand gekomen. De coassistente en de stagebegeleider zijn door de opsporingsambtenaren eerst nader gehoord en over de vermoedelijk gebruikte doseringen morfine en midazolam is het oordeel van twee artsen ingewonnen. Het ingestelde opsporingsonderzoek had in de eerste plaats tot doel de verklaring van de coassistente te verifiëren en duidelijkheid te krijgen over het standpunt van de huisarts. Een dergelijk onderzoek kan niet alleen belastende, maar juist ook ontlastende feiten aan het licht brengen; dat geldt zowel voor het verhoor van getuigen en de verdachte als voor de (resultaten van) doorzoekingen. Er zou bij voorbeeld kunnen blijken van misverstanden in de communicatie tussen de arts en de coassistente en van het bestaan van een verkeerd beeld van het door de arts gevoerde beleid.
Het aan de commissie ter beschikking gestelde strafdossier bevat geen schriftelijke rapporten van deskundigen. Het was de bedoeling die wel te laten uitbrengen, maar zover is het door het onverwachte einde van het onderzoek door het overlijden van de arts niet gekomen.
De commissie heeft ter aanvulling van de haar ter beschikking staande documentatie de klinisch en forensisch toxicoloog –farmacoloog prof. dr. D.R.A. Uges verzocht om een rapport over de door de huisarts toegepaste dosering. De conclusie van dat deskundigenrapport is, dat de aan de patiënt subcutaan toegediende dosis van 1000 mg morfine en 350 mg midazolam, gegeven de conditie van de patiënt en de medicatie die hem tot dan toe was toegediend, met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid als dodelijk kan worden beschouwd. Uit de stukken in het strafdossier blijkt dat de dood ongeveer een half uur na de toediening van die medicatie is ingetreden.
Met deze constateringen geeft de commissie geen oordeel over de strafbaarheid van het handelen van de betrokken huisarts. Het gaat hier om de vraag of het OM op grond van de toen bekende feiten en omstandigheden, waaronder de ingewonnen informatie van medici, tot “een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit” kon concluderen.[31] Die vraag moet bevestigend worden beantwoord. Het zou uiteindelijk de taak van de rechter zijn geweest om te beoordelen of

[29] Het begrip opzet in het strafrecht valt niet samen met intentie. Het gaat, kort gezegd, om willens en wetens handelen gericht op een bepaald gevolg of bewust de aanmerkelijke kans aanvaarden dat een bepaald gevolg intreedt (voorwaardelijk opzet) .
[30] Legemaate noemt in dit verband als voorbeeld dat een arts die bij het medisch handelen rond het levenseinde een (veel) hogere dosis morfine toedient dan door de situatie van de patiënt wordt geïndiceerd strafrechtelijk aansprakelijk kan zijn. Zie Legemaate, Medisch handelen rond het levenseinde, p. 73. Zie verder nog : Leenen, Gevers en Legemaate, Handboek gezondheidsrecht dl II, vijfde druk blz. 313, 314.
[31] Artikel 27 Sv.

het handelen een strafbaar feit opleverde. Door het overlijden van de arts kon de zaak echter niet aan de strafrechter worden voorgelegd.

2.4.4 De doorzoekingen

Niet alleen het Openbaar Ministerie, maar ook de rechter-commissaris, die de vordering tot doorzoeking heeft beoordeeld, was van mening dat voldoende verdenking aanwezig was om een doorzoeking te verrichten. De tussenkomst van de rechter bij de beoordeling van de vraag of een doorzoeking moet plaatsvinden, is een waarborg voor de verdachte. Hetzelfde geldt voor de aanwezigheid van de rechter-commissaris bij de doorzoeking die onder zijn leiding plaatsvindt.
De commissie heeft geconstateerd dat er nogal wat misvattingen omtrent de toedracht bij de zoekingen bestonden. Daarom is het goed eerst vast te stellen wat er niet is gebeurd:

- De huiszoeking heeft niet “in het holst van de nacht” plaats gevonden.

De doorzoeking van de woning van de huisarts begon op de avond van maandag 26 augustus om 22:55 uur en nam een half uur in beslag. Het tijdstip werd gekozen op grond van een aantal overwegingen die verderop ter sprake zullen komen.

- De politie is niet met overmacht de woning binnen gevallen.

De rechter-commissaris was vergezeld van de officier van justitie, de griffier, en twee opsporingsambtenaren. Bij de doorzoeking van de praktijk, later die avond, was wel een groter team aanwezig. Het politieteam dat de doorzoeking van de praktijkruimten uitvoerde telde zes opsporingsambtenaren. Die doorzoeking begon om 23:30 uur en was om 00:45 afgerond. De overwegingen die bij de keuze voor een groter team een rol speelden, zullen hieronder worden besproken.

- De huisarts is niet “van zijn bed gelicht”.

De huisarts was op het tijdstip van de huiszoeking nog op en in de huiskamer aan het lezen. Zijn vrouw lag al wel op bed.

- De huisarts is noch die avond, noch op een latere datum gearresteerd en die avond en de daarop volgende nacht ook niet verhoord.

De rechter-commissaris heeft de huisarts na afloop van de huiszoeking verzocht mee te gaan naar de huisartsenpraktijk (vijfhonderd meter van de woning gelegen) opdat het opsporingsteam ook de praktijkruimten in aanwezigheid van de huisarts zou kunnen doorzoeken.
Uitvoerig was onder leiding van de zaaksofficier in het opsporingsteam overlegd wanneer de doorzoekingen zouden moeten plaatsvinden, terwijl de voorlopige resultaten van die gedachtewisseling telkens zijn teruggekoppeld naar de hoofdofficier en zijn team. Zoals opgemerkt vereiste het belang van de waarheidsvinding dat de doorzoekingen zo spoedig mogelijk zouden plaatsvinden. Anderzijds is overwogen dat, om de dagelijkse gang van zaken in de huisartsenpraktijkpraktijk niet te verstoren en onrust in de kleine plaatselijke gemeenschap van Tuitjenhorn - waar betrokkene de enige huisarts was - te voorkomen, het wenselijk was om pas op te treden in de avonduren, wanneer het donker was. Het OM kon in deze omstandigheden uit twee opties kiezen: die maandagavond zelf nog om ongeveer 23.00 uur met de doorzoekingen aan te vangen (het was logistiek niet mogelijk een en ander eerder uit te voeren) of deze uit te stellen tot de volgende avond op een vroeger tijdstip (doch na het invallen van de duisternis). Er is toen voor de eerste optie gekozen. Doorslaggevend voor deze keuze was toen blijkbaar het mogelijke

recidivegevaar. Gelet op de verklaring van de coassistente over de door de arts gemaakte opmerkingen en de grote voorraad morfine waarover hij nog zou beschikken, achtte men de mogelijkheid niet uitgesloten dat daarvan nogmaals op onjuiste wijze gebruik zou worden gemaakt. Hoewel achteraf de vraag kan worden gesteld of de inschatting van een acuut recidivegevaar op dat moment als reëel kan worden beschouwd, was, gelet op de op het spel staande belangen, waaronder in het bijzonder het belang van de waarheidsvinding, het besluit om de doorzoekingen niet een dag uit te stellen tot de volgende avond, niet onredelijk.

Uit wat hiervoor is vermeld, blijkt dat bij de doorzoeking in de woning behalve de drie functionarissen die daarbij volgens de wet aanwezig horen te zijn (de rechter-commissaris, de officier van justitie en de griffier), twee opsporingsambtenaren ter assistentie aanwezig waren. Later, in de praktijkruimten van het gezondheidscentrum, verleenden echter zes functionarissen hun medewerking, zodat daar behalve de huisarts in totaal negen functionarissen aanwezig en werkzaam waren. Tijdens de interviews is dit optreden intimiderend genoemd. Deze perceptie is begrijpelijk, zeker voor iemand die niet eerder op een dergelijke manier met justitie in aanraking is geweest. Echter, in het begin van een onderzoek wanneer nog niet precies bekend is welke voorwerpen en documenten voor het onderzoek van belang zouden kunnen zijn, zal een doorzoeking betrekkelijk ruim moeten worden opgezet en nogal eens resulteren in de inbeslagneming van meer voorwerpen en stukken dan uiteindelijk relevant blijken te zijn. Om de doorzoeking toch (ook in het belang van een verdachte) binnen een redelijke termijn te kunnen afsluiten is, is een adequate personele bezetting voor de uitvoering van die taak noodzakelijk.
Al met al zijn de doorzoekingen op zorgvuldige wijze voorbereid en op geëigende wijze onder leiding van de rechter-commissaris uitgevoerd.

2.4.5 Het verdere opsporingsonderzoek

In paragraaf 2.3.2 is weergegeven wanneer en op welke wijze de arts, die toentertijd in een GGZ-instelling verbleef, is gehoord. De commissie heeft de directeur van de GGZ- instelling geïnterviewd. Het beroepsgeheim van de GGZ-arts maakte het hem uiteraard onmogelijk om gegevens over de achterliggende psychische problematiek te verschaffen.[32] Wel heeft de directeur te kennen gegeven dat er binnen de instelling overleg is gevoerd over de vraag of en zo ja onder welke voorwaarden een verhoor van de huisarts mogelijk en verantwoord zou zijn. Aan dat overleg hebben behalve de behandelaar, een andere aan de instelling verbonden psychiater en de directeur deelgenomen. Het resultaat daarvan was dat volgens alle betrokkenen een verhoor onder bepaalde voorwaarden verantwoord was.

Overeenkomstig de afspraken zijn de verhoren met inachtneming van die voorwaarden gehouden. De arts heeft daarbij zijn visie op de gebeurtenissen kunnen geven. De verhoren zijn audiovisueel vastgelegd en de zaaksofficier heeft de verhoren vanuit een aangrenzende ruimte gevolgd. Uit de van die verhoren gemaakte processen-verbaal kan worden afgeleid dat meermalen aan de betrokkene

[32] Het lag in de bedoeling van het OM om over de psychische conditie van de verdachte een deskundigenrapport te laten opstellen. Dat is door het voortijdig einde van het onderzoek niet gerealiseerd.

gevraagd is of hij zich in staat voelde verder te gaan met het verhoor, waarop hij steeds bevestigend heeft geantwoord. Ook blijkt uit de documenten dat de verhoren een aantal keren, soms op zijn verzoek, zijn onderbroken. Van bezwaren van de huisarts of van diens advocaat tegen de wijze van verhoren is niet gebleken.

De conclusie is dat het OM op het oordeel van de deskundigen, zoals overgebracht door de advocaat van de huisarts, mocht afgaan. Het OM heeft ten aanzien van de organisatie en de uitvoering van de verhoren rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van de verdachte en heeft op dit punt zorgvuldig gehandeld.

2.4.6 De vordering bewaring

In de eerste plaats moet worden vastgesteld dat de rechter-commissaris de vordering tot bewaring heeft toegewezen. Dat betekent dat hij op basis van het voorhanden bewijsmateriaal in het dossier voldoende grond aanwezig achtte om de vordering toe te wijzen.[33] Voorts staat vast dat de vordering bewaring van het OM is ingediend en behandeld op een moment dat de IGZ haar bevel op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen reeds had gegeven. De essentie van dat bevel – (kort gezegd inhoudende dat de arts vooralsnog niet als huisarts in de praktijk werkzaam mocht zijn) – was op 4 oktober in een persbericht gepubliceerd. Daarvan was het OM op de hoogte.

Over de toegevoegde waarde van de beslissing van het OM om op 7 oktober een vordering tot bewaring in te dienen met als doel dat de arts geen palliatieve zorg of euthanasie meer zou uitvoeren, kan worden getwijfeld. De rechter-commissaris heeft, zoals vermeld, die vordering getoetst en rechtmatig bevonden, en de bijzondere voorwaarde, gericht op het voorkomen van recidive, aan de schorsing van het bevel bewaring verbonden. Toch rijst achteraf gezien de vraag of het indienen van die vordering in de gegeven omstandigheden wenselijk was. De arts had aangegeven voorlopig niet aan het werk te gaan en de IGZ had enkele dagen daarvoor een maatregel genomen met een ruimere strekking. In het algemeen is het gebruikelijk om de verdachte van een levensdelict in preventieve hechtenis te nemen. In deze zaak kan dat echter geen argument zijn. Hoe het strafbare feit in dit geval ook moet worden gekwalificeerd, evident is dat het hier een zeer bijzondere situatie betrof die niet op één lijn kan worden gesteld met het gemiddelde levensdelict. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit het rechterlijk oordeel in gevallen van medisch handelen rond het levenseinde die in het verleden aan de rechter zijn voorgelegd. Als het al tot een veroordeling en oplegging van een sanctie kwam, dan was de strafoplegging in de verste verte niet te vergelijken met die in een zaak betreffende een “gewoon” levensdelict.

Het OM vond het beperken van het gevaar voor herhaling bepalend. Men benadrukte dat het niet ging om het feitelijk toepassen van voorlopige hechtenis, maar om een op te leggen bijzondere voorwaarde, inhoudende dat de arts zich zou onthouden van handelingen in het kader van palliatieve

[33] De rechter-commissaris achtte dus “ernstige bezwaren”, zoals art. 67 Sv dat formuleert, aanwezig. De wettelijke term “ernstige bezwaren” ziet op meer dan een enkele verdenking, maar betekent anderzijds uiteraard niet dat de strafrechter, later oordelende na een behandeling ter terechtzitting, tot een veroordeling zal komen.

sedatie en/of euthanasie. Bij deze redengeving kunnen vraagtekens worden gezet. In de eerste plaats is het de vraag of het gevaar voor recidive, (het (opnieuw) begaan van een strafbaar feit) toen, mede gelet op de ziekte van de arts, reëel was. In de tweede plaats had de IGZ al een preventieve maatregel genomen in de vorm van een bevel om de praktijkvoering te staken. De IGZ was op 27 september met de voorbereiding daarvan begonnen in een gesprek met de arts en zijn advocaat. Het OM heeft overwogen dat het een eigen verantwoordelijkheid had in het kader van maatschappelijke veiligheid. Het wist niet zeker of het bevel van de IGZ zou worden verlengd en in stand zou blijven.[34] Daarbij kan worden aangetekend dat er geen indicaties waren dat het bevel niet zou worden verlengd en dat overigens het OM had kunnen afwachten of het bevel in stand zou blijven alvorens te beslissen tot het eventueel indienen van een vordering bewaring. Het OM had het door de IGZ gegeven bevel weliswaar bij zijn afwegingen omtrent de in te dienen vordering bewaring betrokken, maar het zag daarin geen aanleiding om tot een ander besluit te komen.

Men had eerst bij de IGZ kunnen informeren wat het verdere beleid van de Inspectie zou zijn. De Inspectie had in aansluiting op het bevel een procedure bij de tuchtrechter aanhangig kunnen maken; ook daaruit kunnen al dan niet voorlopige beperkingen in de beroepsuitoefening voortvloeien. In de gegeven omstandigheden had het preventiebeleid beter aan de IGZ kunnen worden overgelaten.

Daar komt bij dat in het algemeen het instrumentarium van de IGZ op dit terrein flexibeler kan worden ingezet en bijvoorbeeld kan worden afgestemd op een nader te bepalen verbetertraject, ertoe leidend dat een verantwoorde gezondheidszorg (weer) gewaarborgd is.[35] De IGZ is in dat kader beter toegerust om de vinger aan de pols te houden en haar beleid al naar gelang van de omstandigheden in de toekomst verder vorm te geven en bij te stellen. Een en ander komt ook overeen met de geest van het Informatieprotocol, dat bestuursrechtelijk optreden in principe de voorrang geeft boven het inzetten van strafrechtelijke instrumenten.
De eerder genoemde protocollen voorzien niet in afstemming van dergelijke deelbeslissingen tussen de IGZ en het OM. Overleg over te nemen preventieve maatregelen werd in deze zaak niet gevoerd. Men heeft de wederzijdse bevoegdheden als een gegeven aanvaard en de min of meer gelijktijdige toepassing daarvan niet als problematisch gezien, zo is uit de gehouden interviews gebleken. In dat verband is tijdens de interviews opgemerkt dat er van twee heel verschillende wetgevingscomplexen sprake is en dat elk van beide instanties binnen het eigen wettelijk stelsel zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen.

Naar het oordeel van de commissie is het in omstandigheden als de onderhavige gewenst dat in nader overleg wordt bezien wat de mogelijkheden en doeleinden van de partners zijn en of en op welke wijze het wederzijdse beleid op elkaar kan worden afgestemd. Daarbij dient het belang van betrokkene om niet onevenredig belast te worden door interventies van verschillende

---

[34] In deze fase vonden trokken de IGZ en het OM gescheiden op. Zie hierover ook hoofdstuk 3.

[35] Het voorgaande is m.m. ook van toepassing op de andere bijzondere voorwaarde verbonden aan de geschorste bewaring, inhoudende “dat de verdachte alle opiaten en/of dormica en/of euthanatica ingezet voor handelingen buiten de palliatieve zorg en/of euthanasie registreert bij gebruik en hierbij aangeeft voor welke medische handeling deze wordt ingezet, welke registratie periodiek ingezien kan worden door de toezichthouder”.

overheidsorganisaties te worden meegewogen. Hoewel de commissie zich realiseert dat hier sprake was van een bijzondere casuspositie, waarin OM en IGZ (bijna) gelijktijdig optraden, rijst in dit verband toch de vraag of de samenwerkingsprotocollen niet nog eens tegen het licht zouden moeten worden gehouden en op dit punt zouden moeten worden aangevuld. Het geval-Tuitjenhorn biedt daarvoor duidelijke argumenten.

Het gevolg van de hiervoor besproken gang van zaken is geweest dat de arts binnen een tijdsbestek van iets meer dan één week geconfronteerd werd met twee interventies van verschillende overheidsorganen die gericht waren op een verbod c.q. een beperking van zijn beroepsuitoefening. Dit zal ongetwijfeld als belastend zijn ervaren. Daarnaast was voor 8 oktober voorzien in een zienswijzegesprek met de arts op het ministerie van VWS in het kader van de vraag of het door de IGZ gegeven bevel door de minister zou dienen te worden verlengd. Het afzonderlijk optreden van OM en IGZ heeft voorts geleid tot een divergentie tussen de interventies voor wat betreft de inhoud. Verbood het bevel van de IGZ op grond van de Kwaliteitswet de huisarts, kort gezegd, vooralsnog als zodanig werkzaam te zijn, de door de rechter-commissaris op vordering van het OM opgelegde bijzondere voorwaarde voorzag alleen in een beperking van de beroepsuitoefening voor wat betreft de palliatieve zorg en euthanasie.

2.4.7 De Opiumwet

Naar aanleiding van de casus-Tuitjenhorn is wel beweerd dat er voor artsen geen wettelijke regeling zou bestaan waarin wordt voorgeschreven wat de maximale dosering is van morfine die men in voorraad mag hebben. Morfine (en ook midozolam) valt echter onder de Opiumwet. Op grond van de Opiumwet (artikel 5) is het voor, onder meer, huisartsen niet verboden om opiaten te vervoeren of aanwezig hebben als zij deze hoeveelheid tot uitoefening van de geneeskunst moeten hebben en deze langs wettige weg hebben verkregen. Er bestaat dus wel een norm, zij het dat deze in algemene termen is omschreven en niet een specifieke hoeveelheid noemt. Dat zou ook niet kunnen omdat het van de patiëntenpopulatie afhangt hoeveel morfine een arts nodig heeft. Omdat de te verwerven opiaten op naam van patiënten besteld worden kan de arts steeds de hoeveelheden morfine verantwoorden die hij in totaal voor de uitoefening van zijn beroep nodig heeft.
In overeenstemming met het voorgaande geeft de richtlijn van het NHG alleen minimale hoeveelheden - die de arts voor spoedgevallen aanwezig moet hebben - en geen maxima.[36]
Het strafrechtelijk onderzoek heeft zich niet in het bijzonder gericht op een mogelijke overtreding van de Opiumwet. Bovendien zou de commissie ook daarover geen oordeel toekomen. Wel is tijdens de interviews opgemerkt dat een hoeveelheid van aanvankelijk 2 gram morfine, waarvan in deze zaak sprake was, ongebruikelijk groot is.

[36] Farmacotherapeutische richtlijn geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties (2012), waaraan een checklist spoedgeneesmiddelen is gekoppeld.

2.4.8 Slot

Het parket Noord Holland heeft het strafrechtelijk onderzoek goed georganiseerd en voortvarend en zorgvuldig verricht, waarbij, anders dan uit bepaalde commentaren zou kunnen worden afgeleid, op meerdere momenten tijdens het onderzoek uitdrukkelijk rekening is gehouden met de persoonlijke omstandigheden van de arts. De vordering tot doorzoeking is door de rechter-commissaris getoetst. Deze heeft de vordering rechtmatig geacht en toegewezen. Verder heeft nimmer een aanhouding van de betrokkene plaatsgevonden; van enige vrijheidsbenemende maatregel is in geen enkele fase van het onderzoek sprake geweest. Ook in zoverre is met de persoonlijke omstandigheden van de arts rekening gehouden. Bij de vordering bewaring zijn hierboven vraagtekens gezet. De vordering is weliswaar door de rechter-commissaris getoetst en rechtmatig bevonden, maar de toegevoegde waarde van het indienen daarvan naast het reeds gegeven bevel van de IGZ moet worden betwijfeld. Onzorgvuldig en zeer pijnlijk was de hiervoor genoemde schriftelijke sepotmededeling van 4 februari 2014. Terecht heeft het OM daarvoor aan de weduwe van de arts zijn excuses aangeboden.

Hoofdstuk III Het bevel van de IGZ op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de publicatie daarvan

3.1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met "toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid, een en ander voor zover de ambtenaren van het Staatstoezicht daarmee zijn belast bij of krachtens wettelijk voorschrift," aldus artikel 36 van de Gezondheidswet. De IGZ "bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten (…) en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg" – aldus de website van de IGZ.
In Nederland wordt zorg geboden op 40.000 locaties en in de wijk door circa 1,3 miljoen zorgverleners. De Inspectie telt 552 medewerkers.[37] De IGZ onderscheidt twee toezichtsdomeinen elk onder leiding van een hoofdinspecteur. Het toezichtsdomein van de Curatieve Gezondheidszorg en Geneesmiddelen en Medische Technologie omvat vijf programma's waaronder dat van de eerstelijnsgezondheidszorg. De ongeveer 11.000 Nederlandse huisartsen worden tot dit programma gerekend.[38]
Per jaar verzorgen de inspecteurs tezamen ruim drieduizend inspectiebezoeken bij instellingen, deels op grond van risicoanalyses, deels op grond van (gemelde) incidenten. De kans dat een huisarts een inspecteur op bezoek krijgt is heel gering, en veel huisartsen zullen dat nog nooit hebben meegemaakt.

In het jaar 2013 had de Inspectie via het Meldpunt IGZ ruim 60 000 (burger)contacten. Daarbij waren 9650 meldingen. Meldingen kunnen afkomstig zijn van patiënten, andere burgers of zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben een meldingsplicht, onder meer als er sprake is van een *calamiteit*: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid. Ruim 1600 van de meldingen in 2013 betroffen meldingen in de eerstelijnszorg (huisartsen, tandartsen, paramedische beroepen en openbare apotheken). Het optreden van de Inspectie naar aanleiding van een melding hangt sterk af van de aard en de ernst van de gemelde gebeurtenis. Riskante en complexe zaken krijgen voorrang. Voorts heeft de IGZ een aantal speerpunten aan de hand waarvan prioriteiten worden gesteld. Eén van de speerpunten van toezicht in 2013 was "disfunctionerende beroepsbeoefenaren".[39]

---

[37] Zie IGZ jaarbeeld 2013.
[38] In een rapport van Nivel uit maart 2014 wordt, met enige voorzichtigheid geconcludeerd, dat er op 1januari 2013 in totaal circa 11.075 huisartsen werkzaam zijn, namelijk: 7.894 zelfstandig gevestigden, 971 hidha's en 2.210 waarnemers. Zie: Nivel, Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2013.
[39] In de Staat van de Gezondheidszorg van 2013 hanteert de inspectie de volgende definitie van disfunctioneren: "Disfunctioneren is een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroeps-

Het jaar 2013 was het jaar waarin de Inspectie de aanbevelingen van de rapporten van Sorgdrager en Van der Steenhoven ging doorvoeren.[40] De IGZ was in de voorgaande jaren enkele malen zeer negatief in de publiciteit geweest. De kern van de commentaren was, dat de Inspectie te weinig kritisch was ten opzichte van de beroepsbeoefenaren, en dat men doortastender zou moeten optreden bij medische fouten en disfunctionerende beroepsbeoefenaren. De rapporten van Sorgdrager en Van der Steenhoven weerlegden deze kritiek niet. De rapporten en de maatschappelijke en politieke druk leidden er toe dat de IGZ zich een steviger imago ging aanmeten en scherper is gaan toezien op veilige zorg. *Handhaving* kwam meer centraal te staan in de missie van de Inspectie.[41] Bureau Opsporing van de Inspectie werd opnieuw ingericht en functioneel gescheiden van het toezicht en de IGZ ging vaker bestuursrechtelijke maatregelen opleggen.

Het meer proactieve optreden van de IGZ dat in de jaren daarvoor al was ingezet, is in de Toezichtvisie IGZ uit 2012 met de volgende cijfers onderbouwd:[42]

Instrument	2008	2009	2010	2011
Advies aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen	2	4	3	54
Bevel	4	4	6	19
Aanwijzing Wet klachtrecht cliënten zorgsector	1	0	1	3
Verscherpt toezicht	6	13	11	27
Tuchtzaken	6	18	12	12
Bestuurlijke boete (en waarschuwingen)	12	12	9 (3)	23 (34)

competenties of onverantwoorde zorgverlening waarin patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de betreffende beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen."

[40] Rapport 'Doorpakken! Organisatieonderzoek naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg" van K. Van der Steenhoven (19 november 2012) en het rapport 'Van incident naar effectief toezicht. Onderzoek naar de afhandeling van dossiers over meldingen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg' van W. Sorgdrager (19 november 2012). In de brief van de minister in reactie op die rapporten(Kamerstukken II, 2012-2013, nr. 33149 no 17 verenigt zij zich met het standpunt dat inspecteurs toezichthouders zijn en geen adviserende beroepsgenoten en stelt zij onder meer: "Ik kies ervoor dat de IGZ een scherpere koers gaat varen, waarin zij meer de nadruk legt op handhaving, onder het motto: Scherper toezien op veilige zorg".

[41] In het Meerjarenbeleidsplan IGZ 2012 – 2015 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg II' van de IGZ wordt de missie als volgt beschreven: "Onze missie is: naleving bevorderen, gezondheidsschade beperken".

[42] Toezichtvisie IGZ: TK 2011-2012, nr. 33149 no 4, waar gesproken wordt (blz. 7) over een "minder vrijblijvende handhaving richting het veld en toenemende transparantie en kenbaarheid". Uit het jaarbeeld 2013 blijkt dat het aantal maatregelen dat de inspectie oplegde hoger was dan in voorgaande jaren.

De in bovenstaande tabel weergegeven stijging van het aantal ingezette bestuursrechtelijke en tuchtrechtelijke instrumenten houdt ook verband met de kwestie van de zogenoemde *beroepsbeperkende afspraken*. Tot 2010 behoorde dit (weliswaar niet-wettelijke) instrument tot het arsenaal van de IGZ. In voorkomende gevallen maakte men een afspraak met een disfunctionerende beroepsbeoefenaar dat deze zich vrijwillig uit het BIG-register zou laten schrappen in ruil voor de toezegging dat de Inspectie geen tuchtrechtelijke procedure zou beginnen. Deze praktijk stuitte op grote bezwaren. Enerzijds kon de rechtsbescherming van de beroepsbeoefenaar in kwestie in het gedrang komen;[43] anderzijds kon een ernstig disfunctionerende beroepsbeoefenaar zo te gemakkelijk wegkomen. Vooral dat laatste was de aanleiding voor de minister om het instrument van de beroepsbeperkende afspraken te verbieden. In de aan de Tweede Kamer gestuurde 'Nieuwe werkwijze IGZ inzake beroepsbeperkende maatregelen disfunctionerende beroepsbeoefenaren' is opgenomen dat beperkingen in (of staken van) de beroepsuitoefening met inzet van publiekrechtelijke handhavingsinstrumenten dient te worden bewerkstelligd. De afspraken met beroepsbeoefenaren dienen beperkt te worden tot verbetermaatregelen in het persoonlijk functioneren.[44]

3.2 De gebruikelijke gang van zaken na de ontvangst van een melding door de IGZ

De *Leidraad meldingen IGZ 2010* die van toepassing was toen de IGZ de melding van het AMC ontving, omschrijft de procedure die gevolgd wordt bij onderzoek door de inspectie naar aanleiding van meldingen.[45] De melding dient onder meer te bevatten de personalia van de melder en van de betrokken zorgaanbieder en daarnaast een feitelijke omschrijving van de situatie waarop de melding betrekking heeft.[46]

De IGZ stelt vast of er aanleiding is de melding nader te onderzoeken. Dat is onder andere het geval indien de melding naar het oordeel van de IGZ wijst op een situatie die voor de veiligheid van patiënten of de gezondheidszorg een ernstige bedreiging kan betekenen of aanleiding geeft te veronderstellen dat het belang van een goede gezondheidszorg anderszins noodzaakt tot

[43] Het risico op (sterk) verminderde rechtsbescherming is bij de manier waarop de IGZ omging met beroepsbeperkende afspraken niet denkbeeldig. Volgens Legemaate kan de situatie zich voordoen dat de beroepsbeoefenaar door het gezag van de IGZ de drang of dwang ervaart de beroepsuitoefening te staken, zonder dat door middel van een zorgvuldige procedure is komen vast te staan dat daarvoor voldoende gronden bestaan. Zie prof. dr. J. Legemaate, rapport "Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit" inzake de neuroloog van het Medisch Spectrum Twente, aangeboden aan de Tweede Kamer bij brief van de minister van VWS van 24 juli 2009 (TK, 2008-2009, 31 700 XNI, nr. 130.

[44] Zie het document 'Nieuwe werkwijze IGZ inzake beroepsbeperkende maatregelen disfunctionerende beroepsbeoefenaren' (TK, 2010, bijlage bij 32500XVI, nr.3).

[45] In oktober 2013 is er een nieuwe Leidraad meldingen IGZ gepubliceerd.

[46] Art. 3 Leidraad 2010. Indien niet aan die vereisten is voldaan stelt de inspectie de melder in de gelegenheid om de gegevens aan te vullen; indien daaraan niet binnen de gestelde termijn is voldaan kan de IGZ besluiten de melding niet in behandeling te nemen

onderzoek.[47] In het kader van een onderzoek worden de betrokkenen gehoord en kunnen zo nodig een of meer deskundigen worden geraadpleegd. De relevante feiten worden vastgelegd in een concept-rapport dat ter kennis wordt gebracht van de betrokken zorgaanbieder, de melder en andere direct betrokkenen die zijn gehoord tijdens het nader onderzoek. Die kunnen reageren op de inhoud van het concept-rapport. Daarna stelt de IGZ een rapport vast omtrent haar nader onderzoek van de melding. Dat rapport bevat de conclusies van de IGZ en de te nemen maatregelen.[48]

De gebruikelijke gang van zaken is dus dat de IGZ indien zij van oordeel is dat een eigen onderzoek gerechtvaardigd is, op basis van de in dat onderzoek zelf vastgestelde feitelijke toedracht haar conclusies trekt en eventueel besluit tot het toepassen van (bestuursrechtelijke) maatregelen.
In de zaak Tuitjenhorn was de gang van zaken echter een geheel andere. Daar rees op grond van de melding zelf het vermoeden dat van een misdrijf sprake was. Nadat de IGZ, zoals zij wettelijk verplicht was, contact had opgenomen met het OM, stelde het OM een strafrechtelijk onderzoek in. Hangende dat onderzoek schortte de IGZ conform de gemaakte afspraken het eigen onderzoek op. Pas nadat de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek ter beschikking waren gekomen kon de IGZ vanuit haar eigen verantwoordelijkheid, haar beleid bepalen. Zij stond toen voor de vraag of en in hoeverre een eigen nader onderzoek nodig was en in het bijzonder of intussen, gelet op de gegevens vervat in het strafdossier, in het belang van de patiëntveiligheid een maatregel moest worden genomen.

3.3 De melding-Tuitjenhorn

De IGZ ontving de eerste berichten over de gebeurtenissen in Tuitjenhorn op vrijdag 23 augustus 2013. De coördinator van het coschap huisartsgeneeskunde van het AMC nam via de mail contact op met de inspectie om advies te vragen naar aanleiding van de mededelingen van de coassistent. De programmadirecteur eerstelijnszorg belde vervolgens de coördinator. De programmadirecteur deelde diens mening dat er sprake was van een zeer ernstige gebeurtenis, indien het verslag van de coassistente juist zou blijken te zijn. In dat telefoongesprek maakte de programmadirecteur duidelijk dat de Inspectie alleen zou kunnen optreden door onderzoek te doen als de Inspectie de namen van de coassistente en de huisarts zou weten.[49] Later die middag sprak de coassistente anoniem telefonisch met de programmadirecteur. Binnen de Inspectie bestaat de overtuiging dat de coassistente toen goed geïnformeerd is over haar opties en over de consequenties van de verschillende mogelijkheden. De coassistente zelf is daar minder zeker van. In haar beleving is zij stapje voor stapje een proces ingegaan zonder dat zij van te voren overzag wat de uitkomsten zouden kunnen zijn en zonder dat zij op haar schreden kon terug keren. Uiteindelijk besloot de

---

[47] Art. 4 Leidraad 2010.
[48] Art. 12,13 Leidraad 2010. Verder bepaalt art. 16 van de Leidraad dat ingeval de IGZ in enige fase van het onderzoek een redelijk vermoeden krijgt dat sprake is van het plegen van een strafbaar feit, dit ter kennis van het Openbaar Ministerie wordt gebracht, tenzij bij of krachtens wettelijk voorschrift anders is bepaald.
[49] Het is logisch dat de inspectie geen verder onderzoek kan doen naar een melding over een zorgverlener als het niet weet welke zorgverlener het betreft. In de casus Tuitjenhorn zou verder onderzoek ook lastig uit te voeren zijn als de naam van de coassistente niet bekend zou zijn.

coassistente nog diezelfde avond om de anonimiteit te verbreken en de Inspectie het reeds door haar geschreven verslag te sturen.

Voor de Inspectie waren er toen twee urgente zaken. In de eerste plaats moest de verklaring van de coassistente getoetst worden op haar waarheidsgehalte. Het daarvoor benodigde onderzoek zou het beste verricht kunnen worden door een opsporingsteam onder leiding van een officier van justitie. Ook achtte men het noodzakelijk dat het OM zou worden geïnformeerd: de verklaring van de coassistente wees op een ernstig strafbaar feit. Het samenwerkingsprotocol van het OM en de IGZ vereist dan dat het OM in staat wordt gesteld om een eigen afweging te maken inzake eventuele opsporing en vervolging. Bureau Opsporing van de IGZ was al meteen vrijdagmiddag na het eerste contact door de programmadirecteur eerstelijnszorg van de IGZ geïnformeerd over de mogelijkheid dat zich een ernstig strafbaar feit had voorgedaan. Later zou deze afdeling twee opsporingsambtenaren leveren voor het rechercheteam. De tweede kwestie die de IGZ heel belangrijk vond, was dat het strafrechtelijk onderzoek zo kort mogelijk zou duren. Het OM zou, in overeenstemming met het protocol, het voortouw nemen, maar de Inspectie vond het absoluut noodzakelijk zo snel mogelijk een eigen onderzoek in te stellen naar een mogelijk ontoereikende kwaliteit van zorgverlening van de huisarts in het algemeen. Men meende daarvoor in de verklaringen van de coassistente aanwijzingen te vinden. Zolang het OM het strafrechtelijk onderzoek nog niet had voltooid, kon de Inspectie alleen maar afwachten.

3.4 Het bevel van de IGZ

3.4.1 Het besluit om een bevel op te leggen

Op 24 september, een maand na de melding, ontving de IGZ het strafdossier. De vraag was nu of de feiten die het opsporingsonderzoek aan het licht hadden gebracht de eerdere vermoedens omtrent disfunctioneren van de beroepsbeoefenaar zouden ondersteunen dan wel weerspreken. Uiteindelijk was het oordeel dat de bevindingen van het OM de aanvankelijke aanwijzingen, dat de patiëntveiligheid in het geding zou kunnen zijn, alleen maar versterkten. De volgende vraag was, welke acties de Inspectie – gegeven dit oordeel – zou moeten ondernemen. Duidelijk was dat nader onderzoek ingesteld diende te worden om daadwerkelijk te kunnen vast stellen of en in hoeverre de huisarts gekwalificeerd kon worden als een disfunctionerende beroepsbeoefenaar en wat de oorzaak daarvan was. Een dergelijk onderzoek zou aanzienlijk meer omvatten dan het inmiddels praktisch afgeronde strafrechtelijk onderzoek. Het OM had zich slechts gebogen over de vraag of er daadwerkelijk sprake was geweest van één specifiek strafbaar feit. Het onderzoek van de Inspectie zou zich richten op de vraag of de zorgverlening rondom de laatste levensfase van de patiënt verantwoord was geweest en of de praktijkvoering aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg voldeed. Voorts overwoog men maatregelen die de arts in ieder geval lopende dat nadere onderzoek zouden beperken in de uitoefening van zijn beroep. Men had daarvoor twee redenen. Men vond dat er een risico was voor de patiëntveiligheid indien de arts onbeperkt zijn beroep zou blijven uitoefenen, en men wilde het nader onderzoek kunnen instellen zonder dat dit risico boven de markt

hing. Welke maatregelen kwamen daarvoor in aanmerking? Had men met de arts een afspraak kunnen maken dat hij zijn praktijk niet zou uitoefenen zolang het onderzoek duurde? De arts, die in de maand september vrijwillig opgenomen was geweest in een GGZ-instelling, was toen nog steeds ziek. De waarneming van zijn praktijk was intussen deugdelijk geregeld en het was de verwachting van zijn omgeving - onder meer ook van zijn advocaat, die contact had gehad met zijn behandelaars - dat hij niet voor januari 2014 weer aan het werk zou kunnen gaan. Vanuit de huisartsenpraktijk was in september 2013 een brief aan alle patiënten verzonden waarin stond:

> Sinds enkele weken – sommigen van u zullen dat al hebben gemerkt – is dokter (...) met ziekteverlof. Hij zal vanwege burn out klachten voor langere tijd afwezig zijn. Om privacy redenen verzoeken wij u vriendelijk zijn behoefte aan rust te respecteren. (…) Op dit moment zijn er nog verschillende waarnemers werkzaam, maar vanaf oktober zullen drie vaste artsen verantwoordelijk zijn voor de medische zorg in onze praktijk: (…).

De IGZ was van deze brief niet op de hoogte. De IGZ had geen vertrouwen dat afspraken met de praktijk/de arts te maken waren. Dit was gebaseerd op de indruk die de IGZ van de huisarts had gekregen uit de melding en het strafdossier (het onverklaarbaar buitenproportioneel handelen en het naar de mening van de IGZ onprofessionele gedrag op verschillende punten) en het feit dat de huisarts niet had gemeld dat hij de GGZ-instelling had verlaten.[50] In het algemeen vond men de ziekte geen voldoende garantie bieden dat de betrokkene niet aan het werk zou gaan. Zodoende meende men dat men was aangewezen op een formele maatregel die vervolgens kon worden gepubliceerd waardoor (potentiële) patiënten op de hoogte zouden zijn dat de arts niet aan het werk mocht gaan.

In principe beschikte de Inspectie over drie formele mogelijkheden. De eerste mogelijkheid was, om (op grond van de Wet BIG) een *tuchtprocedure* aanhangig te maken. Deze weg bleek niet begaanbaar: de vordering zou onderbouwd moeten worden door een motivering die de IGZ pas zou kunnen leveren op grond van het nog uit te voeren onderzoek. Bovendien zou niet op de gewenste korte termijn een beperking van of schorsing in de beroepsbeoefening van de arts kunnen worden verkregen. De tweede mogelijkheid was om de minister te adviseren de instelling (de huisartsenpraktijk) een *aanwijzing* ex art. 8, lid 1 Kwz te geven; een aanwijzing aan de instelling dat de arts de praktijkuitoefening diende te staken of te beperken. De derde mogelijkheid was, om krachtens art. 8 lid 4 Kwz een *bevel* te geven de uitoefening van de praktijk tijdelijk te doen staken of te beperken. Uit de systematiek van artikel 8 en uit de wetsgeschiedenis kan worden afgeleid dat een bevel alleen dan gegeven kan worden als de maatregel zo spoedeisend is dat men niet kan wachten op een aanwijzing van de minister. Gekozen is voor het geven van een bevel.

Voorafgaande aan het bevel had op 27 september een zogenaamd zienswijzegesprek met de huisarts en zijn advocaat plaatsgevonden.[51] Eerst waren de arts en zijn advocaat voor die datum uitgenodigd

[50] Of hier wellicht sprake is geweest van een niet aan de arts te verwijten misverstand heeft de commissie niet kunnen nagaan omdat zij de advocaat niet heeft kunnen horen. De IGZ had uit een telefoontje met de advocaat opgemaakt dat de huisarts wispelturig was in die zin dat hij soms in de instelling wilde blijven en soms aangaf dat hij daar weg zou gaan. Ook dit gegeven heeft de commissie niet bij de advocaat kunnen verifiëren.
[51] In een zienswijzegesprek kan de belanghebbende ten aanzien van het voorgenomen bevel zijn opvatting kenbaar maken en daarbij de gronden waarop dat (voorgenomen) bevel berust bestrijden. De Algemene wet

voor een algemeen gesprek over de praktijkvoering. Omdat de IGZ intussen tot de conclusie was gekomen dat een bevel noodzakelijk was en het daarom niet reëel vond om dat algemene gesprek te voeren zonder over het voornemen tot het geven van een bevel te spreken, is het karakter van dat gesprek veranderd in een zienswijzegesprek naar aanleiding van het voorgenomen bevel. Daardoor waren de huisarts en zijn advocaat verrast. De huisarts had nog geen gelegenheid gehad om goed van het kort daarvoor toegezonden voorgenomen bevel kennis te nemen. Bovendien was het bevel gebaseerd op de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek en had de verdediging dat dossier pas recent verkregen. Van een echt zienswijzegesprek is het toen dan ook niet gekomen. Wel heeft de IGZ aangeboden dat dat gesprek alsnog op 30 september zou kunnen plaats vinden of dat anders op uiterlijk 1 oktober de zienswijze schriftelijk aan de IGZ kon worden toegestuurd. Van die laatste mogelijkheid heeft de advocaat gebruik gemaakt.

Besloten is uiteindelijk om de instelling (de huisartsenpraktijk) een bevel te geven. Het bevel is gedateerd 2 oktober 2013 en hield kort gezegd in dat de betrokken arts niet als huisarts binnen de praktijk werkzaam mocht zijn. Binnen de IGZ is ook een meer beperkte interventie overwogen, een verbod op het behandelen van patiënten in de terminale fase. Uiteindelijk kwam men tot de conclusie dat de signalen die men had zodanig wezen op een breder disfunctioneren dat men geen risico wilde nemen en dat een ruim bevel nodig was. Tegen het bevel is een bezwaarschrift ingediend. De bezwaren richtten zich met name tegen drie zaken: het oordeel dat de situatie spoedeisend van karakter was, het oordeel dat een brede alle huisartsgeneeskundige zorg in de praktijk omvattende ingreep nodig was en de proportionaliteit van het gebruikte middel werd in twijfel getrokken. In de beslissing op het bezwaar hield de IGZ de spoedeisendheid staande en stelde zij dat een aanwijzing van de minister niet kon worden afgewacht. Verder werd echter overwogen dat, hoewel er reden bestond om een bevel op te leggen dat betrekking had op de gehele zorgverlening als huisarts, de IGZ in heroverweging moest constateren dat niet afdoende kon worden aangetoond dat de huisarts ook op andere gebieden dan palliatieve zorg niet kon voldoen aan de voorwaarden van verantwoorde zorg. Tegen de beslissing op bezwaar is beroep ingesteld. Die beroepsprocedure loopt nog.

3.4.2 Het besluit om het bevel (beperkt) openbaar te maken

De volgende vraag was of en in hoeverre het bevel openbaar moest worden gemaakt. De hoofdregel is dat een bevel openbaar wordt gemaakt door publicatie op de website van de IGZ binnen 24 uur nadat het bevel is gegeven en is toegezonden aan de instelling (de huisartsenpraktijk).[52]
Dat dient de transparantie van overheidsoptreden en had in dit geval ook tot doel om (potentiële) patiënten bekend te maken dat de arts de praktijk niet mocht uitoefenen. De korte termijn voor publicatie hangt samen met het karakter van het bevel dat er immers toe strekt om in een situatie waarin naar het oordeel van de IGZ acuut gevaar voor de veiligheid of de gezondheid bestaat, dat

bestuursrecht legt de verplichting op dat besluiten die worden genomen door de bestuursorganen op een zorgvuldige wijze moeten zijn voorbereid.

[52] Het Handhavingsschema "bevel krachtens de Kwaliteitswet zorginstellingen" van de IGZ (verder: Handhavingsschema bevel) houdt de regel in dat van een bevel binnen de genoemde termijn melding wordt gemaakt op de website van de IGZ.

gevaar op te heffen. Tegen dat belang moeten echter de belangen van de zorgverlener worden afgewogen. Om een besluit tot openbaarmaking op te schorten heeft de belanghebbende de mogelijkheid om bij de voorzieningenrechter om een voorlopige voorziening te vragen. De vraag of het bevel openbaar moest worden gemaakt en zo ja op welke termijn, is binnen de IGZ punt van discussie geweest. Aanvankelijk waren er medewerkers die vonden dat openbaarmaking althans voorlopig niet nodig was. Er is echter in andere zin besloten. Uiteindelijk meenden de direct bij de zaak betrokken medewerkers en de programmadirecteur dat in ieder geval een ruime termijn van veertien dagen aan de instelling kon worden gegund om tegen het besluit tot openbaarmaking op te komen. Dat is vervolgens op 3 oktober per brief en mail aan de huisartspraktijk en aan de advocaat van de arts medegedeeld. Diezelfde middag nog is dit besluit, na overleg tussen de Hoofdinspecteur, het hoofd Juridische en Bestuurlijke Zaken,het Hoofd Juridische zaken en de Programmadirecteur eerstelijnszorg ingetrokken, hetgeen aan het eind van de middag schriftelijk aan de advocaat is medegedeeld. Daarbij werd aangegeven dat het eerdere bericht aan de advocaat op miscommunicatie binnen de IGZ berustte en dat het bevel de volgende dag, 4 oktober, openbaar zou worden gemaakt.

Uit de interviews is naar voren gekomen dat bij de besluitvorming ook een rol heeft gespeeld dat de IGZ meende dat het OM met een persbericht over de strafzaak naar buiten zou komen nadat het bevel bewaring door de rechter-commissaris zou zijn verleend en vervolgens onder voorwaarden zou zijn geschorst.[53] De rechter-commissaris zou binnen afzienbare tijd over de vordering bewaring beslissen, al was nog niet precies bekend wanneer. Dan zou het vreemd zijn als de buitenwereld niets van de IGZ zou vernemen.

De advocaat van de huisartsenpraktijk heeft tegen de hiervoor beschreven, naar haar oordeel onzorgvuldige handelwijze waardoor haar cliënt was geschokt, bij brief en mail van 4 oktober 2013 geprotesteerd. Op 4 oktober is het bevel openbaar gemaakt. Niet het hele bevel is echter gepubliceerd. Met het oog op de privacybelangen van de arts en de betreffende patiënt werd slechts de volgende tekst gepubliceerd:

> Bevel voor Huisartsenpraktijk Tuitjenhorn
>
> De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft op 2 oktober 2013 Huisartsenpraktijk Tuitjenhorn een bevel gegeven. Het bevel houdt in dat huisarts Tromp geen zorg meer verleent of op een andere manier betrokken is bij de (organisatie van) de individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk. De inspectie heeft geen vertrouwen in verantwoorde zorgverlening door huisarts Tromp.
>
> De heerTromp heeft als arts bij een patiënt onzorgvuldig gehandeld en richtlijnen genegeerd. Hierover heeft de inspectie een melding gekregen. Vanwege de aard van de melding heeft de inspectie het Openbaar Ministerie ingeschakeld. De bevindingen uit het procesdossier van het OM zijn voor de inspectie aanleiding om de huisartsenpraktijk een bevel op te leggen. Het bevel geldt tot het moment dat de inspectie heeft kunnen vaststellen dat de zorg door huisarts Tromp voldoet aan de wettelijke voorwaarden van verantwoorde zorgverlening.

[53] Zie hiervoor Hoofdstuk II, 2.3.3 en 2.4.6. De IGZ had uit een telefonisch contact met de zaaksofficier begrepen dat het OM een persbericht zou publiceren. Dit berust naar het OM heeft verklaard op een misvatting. Het OM overwoog weliswaar publicatie, maar had daartoe nog geen besluit genomen. Wel was de afweging dat áls men naar buiten zou treden dit pas na de vordering bewaringstelling zou plaatsvinden.

3.5 Beschouwing

3.5.1 Beoordeling noodzaak tot actief optreden

Op 24 september ontving de IGZ het strafdossier van het OM. Toen was het aan de IGZ om te beoordelen of het - gelet op de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek - met het oog op de toekomst noodzakelijk was maatregelen te nemen in het belang van een verantwoorde zorgverlening en van de patiëntveiligheid.[54] Het gaat bij die beoordeling om een afweging van het publieke belang dat de IGZ heeft te dienen tegen dat van de betrokken zorgverlener. Eerstgenoemd belang zal prevaleren als er een risico bestaat voor de patiëntveiligheid dat niet op andere wijze kan worden weggenomen.

De IGZ heeft de vraag of nadere actie geboden was, terecht bevestigend beantwoord. Het strafdossier bevatte verontrustende signalen die wezen op ernstige tekortkomingen in de zorgverlening, niet alleen voor wat betreft de gebruikte doseringen, maar mogelijk ook in andere opzichten. Evenzeer lag het voor de hand dat de IGZ in de eerste plaats een eigen nader onderzoek - met een bredere focus dan het strafrechtelijk onderzoek- nodig achtte. Voor de IGZ kwam het erop aan om met het oog op een verantwoorde zorgverlening in de toekomst na te gaan wat de oorzaak was geweest van genoemde tekortkomingen en of er sprake was van een weliswaar ernstig incident of van feiten en omstandigheden die ten grondslag lagen aan een min of meer structureel disfunctioneren. Pas daarna zou op basis van dat eigen onderzoek kunnen worden beslist of maatregelen noodzakelijk waren.

3.5.2 De inschatting van onmiddellijk en ernstig gevaar voor de veiligheid of de gezondheid van patiënten

Het is begrijpelijk dat de IGZ, hangende het eigen onderzoek geen risico's wilde lopen en het noodzakelijk achtte dat de arts voorlopig geen praktijk zou uitoefenen. De vraag was langs welke weg dat kon worden bereikt en of daarvoor, nu de arts ziek was, een maatregel op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen nodig was. Die laatste vraag heeft de IGZ bevestigend beantwoord omdat zij er onvoldoende vertrouwen in had dat de arts, ingeval geen maatregel zou worden genomen, niet weer aan het werk zou (kunnen) gaan.
Omdat de huisarts werkzaam was in een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, te weten de huisartsenpraktijk, was die wet van toepassing. Die wet kent, zoals eerder opgemerkt, in art. 8 twee maatregelen waarmee in beginsel het door de IGZ nagestreefde doel kon worden bereikt:
- het geven van een *aanwijzing* aan de instelling door de Minister, waartoe de IGZ kan adviseren (art. 8 lid 1 Kwz) en

[54] Zoals in het vorige hoofdstuk is vermeld, was de taakverdeling tussen IGZ en OM de volgende: de IGZ richtte zich op de toekomst met het oog op de bevordering van de volksgezondheid. Het onderzoek van het OM had betrekking op gebeurtenissen uit het verleden die te zijner tijd aan de strafrechter ter beoordeling konden worden voorgelegd .

- het geven van een *bevel* door de IGZ zelf, dat zeven dagen geldig is en dan door de Minister kan worden verlengd (art. 8 lid 4 Kwz).

Uit het systeem van de wet en de wetsgeschiedenis volgt dat de mate van spoedeisendheid bepalend is voor de keuze tussen een bevel of een aanwijzing. Een bevel kan alleen worden gegeven “indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden”.[55] Uit de interviews is gebleken dat in casu niet is overwogen de minister te adviseren een aanwijzing te geven. Als reden daarvoor is opgegeven dat een aanwijzing in een zaak als deze niet een geschikte maatregel is, omdat in een aanwijzing pleegt te staan wat de betrokken zorgverlener ter verbetering moet ondernemen. In deze zaak beschikte de IGZ nog niet over de resultaten van een eigen onderzoek. Dat is bij de gebruikelijke gang van zaken, wanneer een onderzoek is ingesteld naar aanleiding van een binnengekomen melding, wel het geval.[56] Daarom kon zij haar definitieve beleid en een eventueel verbetertraject nog niet vaststellen. Anderzijds wilde zij door de maatregel de situatie, hangende haar eigen onderzoek, als het ware bevriezen. Zij achtte dat, gelet op de verontrustende signalen uit het strafrechtelijk onderzoek, noodzakelijk met het oog op de patiëntveiligheid.

De IGZ besloot uiteindelijk in deze zaak aan de huisartspraktijk een bevel te geven om de zorgverlening door de arts (voorlopig) te doen staken. Uitgaande van het oordeel dat het vanwege het acute gevaar voor de patiëntveiligheid nodig is dat de zorgverlener zijn beroep niet uitoefent, is in de regel de spoedeisendheid gegeven en komt het geven van een bevel in aanmerking. Een bevel is niet aangewezen als op een andere wijze – bijvoorbeeld door het maken van afspraken met de zorgverlener op de naleving waarvan in de gegeven omstandigheden kan worden vertrouwd- het doel ook kan worden bereikt. De IGZ achtte die laatste mogelijkheid in dit geval echter niet aanwezig en was van oordeel dat een bevel nodig was. Voor de goede orde wordt eraan herinnerd dat er in zo’n geval geen sprake is van een zogenaamde beroepsbeperkende maatregel, die tegenwoordig niet meer mag worden overeengekomen. Er is immers geen sprake van een “deal” waarbij de IGZ een toezegging doet voor wat betreft de definitieve afdoening van de zaak. Hier gaat het slechts om de vraag of zodanige afspraken te maken zijn dat de IGZ erop kan vertrouwen dat de arts gedurende het nader onderzoek van de IGZ niet aan het werk gaat en (eventueel) dat (potentiële) patiënten daarvan op de hoogte zijn. Pas na de afsluiting van het onderzoek van de IGZ zou immers de besluitvorming over de definitieve afdoening van de zaak plaatsvinden. Wel is het de vraag of het gewijzigde beleid ten aanzien van beroepsbeperkende maatregelen toch niet een zekere invloed heeft gehad in die zin dat de toezichthouder voor wat betreft afspraken als hiervoor bedoeld feitelijk een terughoudender beleid is gaan voeren en minder geneigd is te proberen in onderling overleg tot goede afspraken te

---

[55] Art. 8 lid 4 Kwz. Het gaat, aldus de memorie van toelichting op het wetsvoorstel dat heeft geleid tot de Kwz om dringende situaties, waarbij voor de veiligheid en de gezondheid van de patiënten/cliënten onmiddellijk en ernstig gevaar dreigt (TK, 1993-1994, 23633, nr. 3, blz. 16) . Het Handhavingsschema bevel houdt onder het hoofd “Overstap naar handhavingsschema “Advies tot het geven van een aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen“ (verder: Handhavingsschema advies) in overeenstemming daarmee in:
“Indien geen sprake is van een ernstige situatie waarbij acuut gevaar voor de veiligheid of de gezondheid moet worden opgeheven, moet een aanwijzing worden overwogen”. In dat geval moet het Handhavingsschema advies worden gebruikt voor de beoordeling van de zaak en kan een advies door de IGZ aan de minister worden uitgebracht om een aanwijzing te geven.

[56] Zie hiervoor onder 3.2.

komen.[57]

Ter voorbereiding van het bevel is de hierboven onder 3.4.1 genoemde bespreking van 27 september met de huisarts en zijn advocaat gehouden. Formeel was voldoende gelegenheid aan de arts geboden om via zijn advocaat zijn opvatting omtrent het voorgenomen bevel kenbaar te maken. Het zou echter de voorkeur hebben verdiend dat de arts zelf in een persoonlijk gesprek met de medewerkers van de IGZ zijn visie op het voorgenomen bevel (en de eventuele publicatie daarvan) had kunnen geven. Daartoe had hij eerst voldoende tijd moeten krijgen om van het voorgenomen bevel kennis te nemen.
Tegen het bevel is bezwaar gemaakt en na de beslissing van de IGZ op dat bezwaar is daartegen door de huisartsenpraktijk beroep ingesteld bij de bestuursrechter. Nu het aan de rechter is om over het bevel te oordelen, zal de commissie zich van een oordeel ter zake onthouden.

3.5.3 De openbaarmaking van het bevel

De belangenafweging bij het besluit tot openbaarmaking

Het kader waarbinnen de IGZ diende te beslissen of het bevel openbaar moest worden gemaakt, is dat van de Wob. Het gaat hier om zogenaamde actieve openbaarmaking: het bestuursorgaan gaat eigener beweging over tot openbaarmaking van documenten betreffende een bestuurlijke aangelegenheid (art. 8 Wob). Daarbij gelden dezelfde uitzonderingsgronden[58] als bij de passieve openbaarmaking: de openbaarmaking na een daartoe strekkend verzoek. Eén relevante uitzonderingsgrond (art. 10 lid 2 Wob) houdt in dat het verstrekken van informatie achterwege moet blijven indien het belang daarvan niet opweegt tegen het belang om onevenredige benadeling van de betrokkene of derden te voorkomen. Een tweede relevante uitzonderingsgrond houdt in dat het verstrekken van informatie achterwege moet blijven indien het belang daarvan niet opweegt tegen het belang van de opsporing en vervolging van strafbare feiten.[59] Een derde relevante uitzonderingsgrond houdt in dat het verstrekken van informatie achterwege moet blijven indien het belang daarvan niet opweegt tegen het belang van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer. De betrokkene om wiens belang het ging was hier formeel de huisartsenpraktijk, maar feitelijk was uiteraard vooral het belang van de huisarts in het geding. Daarnaast hadden ook de nabestaanden van de patiënt een belang.

Bij de afweging van de relevante belangen in dat kader speelt in de eerste plaats het belang van de transparantie van het handelen van overheidsorganen, zoals de IGZ, een rol. Politiek en samenleving

---

[57] In een nota aan de Minister van VWS van 8 oktober 2013 heeft de IGZ zelfs gesteld: "Een afspraak dat een bevel achterwege zou blijven indien de huisarts zou aangeven niet meer te zullen werken, is geen optie gezien het beleid rond beroepsbeperkende afspraken."
[58] Art. 10 en 11 Wob.
[59] Hierbij merkt de commissie op dat dit belang wellicht een rol heeft gespeeld bij de afweging tot beperkte openbaarmaking van het bevel, maar zij ziet niet in hoe openbaarmaking het strafrechtelijk onderzoek, dat praktisch was voltooid, op dat moment nog negatief had kunnen beïnvloeden.

beklemtonen niet alleen het belang van een doortastend handhavend optreden van de IGZ, maar benadrukken ook de wenselijkheid van transparantie daarvan. In het algemeen is de druk vanuit politiek en samenleving naar meer transparantie de laatste tijd sterk toegenomen. De kenbaarheid van het gevoerde beleid kan in een zaak als deze verder de effectiviteit daarvan bevorderen doordat (potentiële) patiënten kunnen kennisnemen van maatregelen die een verbod van of beperking in de beroepsuitoefening van de betrokken zorgverlener inhouden.[60]
Dat belang van transparantie moet echter worden afgewogen tegen de belangen van de zorgverlener. De betrokken zorgverlener mag niet onevenredig worden benadeeld. Van de in het Handhavingsschema bevel opgenomen regel die publicatie voorschrijft kan (en moet) onder omstandigheden dus geheel of gedeeltelijk worden afgeweken. Van zo'n situatie kan bijvoorbeeld sprake zijn indien op andere wijze dan door publicatie voldoende geborgd is dat de betrokken arts niet aan het werk zal gaan.

Er kan nog een (vierde) belang betrokken zijn bij het besluit tot openbaarmaking van een bevel als hier is gegeven. Dat is het belang van de beroepsgroep om geïnformeerd te worden. Hierboven is in algemene zin gesproken over het belang van transparantie van het beleid. Daarnaast speelde in deze zaak echter ook het meer specifieke belang dat de beroepsgroep had bij voldoende informatie. Het kan zijn dat voor wat betreft de transparantie jegens (mogelijke) patiënten publicatie van het verbod zelf voldoende is, terwijl voor zover het de beroepsgroep betreft publicatie van een deugdelijke redengeving noodzakelijk is. Op die kwestie zal hieronder (bij de bespreking van de vorm waarin het bevel openbaar is gemaakt) worden teruggekomen.

Opmerkelijk is dat in het Handhavingsschema bevel geen melding wordt gemaakt van de noodzakelijke afweging van belangen zoals hiervoor bedoeld, noch van de mogelijkheid voor de betrokkene om bij de voorzieningenrechter op te komen tegen de voorgenomen openbaarmaking.[61]
Daarvan gaat de suggestie uit dat openbaarmaking een automatisme is.
Het lijkt erop dat in de beleving van sommigen binnen de IGZ er ook de facto sprake is van een onverbrekelijke band tussen bevel en publicatie.[62] Als men daarvan uitgaat zou het oordeel dat een bevel achterwege behoorde te blijven mogelijk mede kunnen zijn beïnvloed door het besef dat, als een bevel gegeven wordt, publicatie daarvan onvermijdelijk is, met alle ingrijpende gevolgen van dien. Anderzijds is uit het onderzoek gebleken dat er in deze zaak ook voorstanders van een bevel waren die meenden dat althans voorshands van publicatie kon worden afgezien. Die medewerkers gingen dus niet uit van een automatisme.

De conclusie die uit het voorgaande moet worden getrokken is dat, de IGZ niet tot openbaarmaking kan besluiten zonder een deugdelijke afweging van de betrokken belangen, waaronder die van de betreffende zorgverlener - ook al luidt de hoofdregel dat maatregelen openbaar worden gemaakt.[63]

---

[60] Deze noties zijn terug te vinden zowel in het "IGZ handhavingskader. Richtlijn voor transparante handhaving" (2013), als in het Handhavingsschema bevel.
[61] Wel wordt daar de mogelijkheid genoemd om tegen het bevel zelf bezwaar en vervolgens beroep bij de bestuursrechter in te stellen.
[62] Deze indruk had ook het OM uit contacten met de IGZ gekregen.
[63] Zie ook Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State, 201106794/1/A2, 22 februari 2012 betreffende een bevel tot sluiting van een tandartspraktijk. Ook in het geval van spontane openbaarmaking (van een bevel) is een nadere afweging van belangen geboden. In het in die zaak behandelde geval was de tandarts niet

Uiteindelijk heeft de IGZ in deze zaak besloten dat er een bevel zou worden gegeven en dat het bevel in beperkte vorm zou worden gepubliceerd. Tijdens de interviews is in dit verband opgemerkt dat de patiëntveiligheid voor de IGZ vooropstaat en dat zij dat belang zwaarder vindt wegen dan de bescherming van de belangen van de beroepsbeoefenaar. Dat mag in de regel een juiste conclusie zijn, maar neemt de gehoudenheid tot het maken van een voorafgaande belangenafweging zoals hiervoor bedoeld niet weg. Daarbij zal ook een rol behoren te spelen of de patiëntveiligheid op andere wijze dan door publicatie kan worden geborgd.
Overigens hebben de belangen van de arts en van de nabestaanden van de patiënt in de afwegingen die ten grondslag lagen aan bepaalde beslissingen van de IGZ wel een duidelijke plaats gehad en de doorslag gegeven. Zo is de beslissing om het bevel aanvankelijk niet integraal bekend te maken gebaseerd op de overweging dat anders een te grote inbreuk op de privacy van de arts en de patiënt zou worden gemaakt. Voorts was de IGZ van oordeel dat na het overlijden van de arts privacyoverwegingen eraan in de weg stonden nadere informatie over de voorgevallen feiten te verschaffen.

Communicatie binnen de IGZ: het intrekken van een toezegging

Zoals vermeld zegt het Handhavingsschema bevel niets over de mogelijkheid om tegen een besluit tot openbaarmaking op te komen. De functionarissen van de IGZ waren zich er echter wel van bewust dat die mogelijkheid bestond. Zoals eerder vermeld waren er medewerkers van de IGZ die bij de zaak betrokken waren, die aanvankelijk meenden dat in dit concrete geval openbaarmaking niet noodzakelijk was met het oog op de patiëntveiligheid. In het op 2 oktober 2013 toegezonden bevel is opgenomen dat het bevel zelf niet actief openbaar zou worden gemaakt, maar dat wel een bericht met daarin de essentie van het bevel openbaar zou worden gemaakt. Wat dit laatste inhield werd verder niet toegelicht. Vervolgens werd binnen de IGZ , door de direct bij de behandeling van de zaak betrokken medewerkers besloten dat in afwijking van de gangbare termijn de huisartsenpraktijk een ruime termijn van veertien dagen kon worden gegund om bij de rechter tegen het besluit tot openbaarmaking op te komen. Een brief en e-mail van die strekking zijn op 3 oktober te 15.25 uur aan de huisartsenpraktijk en de raadsvrouw verzonden. De functionaris die tot die verzending opdracht heeft gegeven, heeft tijdens het gehouden interview verklaard, dat zij, achteraf gezien, het concept van die brief eerst aan haar direct leidinggevende had moeten voorleggen, omdat het ging om een afwijking van het standaardbeleid. Hoe dan ook, dat bericht moet, naar tijdens het onderzoek is gebleken, voordat het uitging de leiding hebben gepasseerd, maar de inhoud daarvan is blijkbaar aan de aandacht ontsnapt. Toen later die middag werd ontdekt dat die brief en e-mail waren verzonden, hebben de Hoofdinspecteur, de directeur Beleid, Juridische zaken en Communicatie, het Hoofd Juridische zaken en de Programmadirecteur Eerstelijnszorg, na gehouden overleg, het eerdere besluit ingetrokken en beslist dat het bevel toch de volgende morgen op de website van de IGZ zou worden gepubliceerd. Dat is diezelfde middag om 17.40 uur met een beroep op miscommunicatie binnen de IGZ aan de advocaat van de praktijk bericht. Volgens de IGZ heeft men rond 17.00 uur met de raadsvrouw gebeld. In dit gesprek zou zij hebben aangegeven dat zij niet voornemens was een voorlopige voorziening aan te vragen. Omdat de commissie de raadsvrouw niet

---

ingegaan op een voorstel om vrijwillig de praktijk te sluiten en openbaarmaking werd nodig geacht om patiënten en collega-tandartsen over de sluiting te informeren onder meer in verband met het ontbreken van spoedvoorzieningen.

heeft kunnen horen, heeft zij niet kunnen vaststellen wat door de raadsvrouw is medegedeeld. De commissie constateert wel dat de raadsvrouw bij brief aan de IGZ van 4 oktober uitdrukkelijk tegen de gevolgde gang van zaken heeft geprotesteerd.

Het is duidelijk dat de communicatie en besluitvorming binnen de IGZ - en in het bijzonder de communicatie tussen de direct bij de zaak betrokken functionarissen en de leiding - niet goed is verlopen. Uiteindelijk heeft de leiding zonder nader overleg met die direct betrokkenen besloten dat de gedane toezegging niet kon worden gestand gedaan en het bevel toch de volgende dag moest worden gepubliceerd. Dat gebrek aan communicatie leidde ook tot tegenstrijdigheden in de argumentatie. Op zichzelf is een termijn van veertien dagen om zich tot de rechter te wenden om publicatie te voorkomen, gelet op doel en strekking van het bevel, namelijk onlogisch lang. Het lijkt op een soort middenweg tussen het aanvankelijke standpunt dat publicatie voorlopig achterwege zou kunnen blijven en onverkorte toepassing van de hoofdregel. Die termijn van veertien dagen is gelet op de aard van de maatregel echter niet goed te verdedigen.
Die toezegging is ter kennis van de huisartsenpraktijk en de advocaat gebracht. De (leiding van de) IGZ stond voor de vraag op welke wijze zij moest omgaan met die in haar ogen onaanvaardbare toezegging. Ook de advocaat zal die termijn van veertien dagen opmerkelijk hebben gevonden en mogelijk rekening hebben gehouden met een vergissing. Onder die omstandigheden kon de IGZ in redelijkheid haar beleid herzien in die zin dat die termijn werd verkort. Omdat de commissie de raadsvrouw niet heeft kunnen horen, heeft zij niet kunnen vaststellen of de huisartsenpraktijk feitelijk de mogelijkheid is ontnomen om een voorlopige voorziening te vragen.

Voor zover bij deze intrekking van de gedane toezegging een rol heeft gespeeld dat er destijds van werd uitgegaan dat het OM binnen korte tijd – als de vordering bewaring zou zijn toegewezen en onder voorwaarden zou zijn geschorst – met een persbericht naar buiten zou komen, is dat op zichzelf geen rechtvaardiging voor de wijze waarop de gedane toezegging is ingetrokken. Hetzelfde geldt voor de overweging dat het, ingeval het OM tot publicatie zou overgaan, vreemd zou zijn als de buitenwereld niets van de IGZ zou horen.

In hoofdstuk II is het besluit van het OM een vordering bewaring in te dienen al in twijfel getrokken. Het had de voorkeur verdiend het preventiebeleid aan de IGZ over te laten. Geconstateerd is dat in deze fase – na de ter beschikking stelling van de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek aan de IGZ - van een goede afstemming van het beleid van IGZ en OM geen sprake is geweest. Dat gold kennelijk ook voor wat betreft de communicatie naar buiten. Daarover is blijkbaar geen overleg gevoerd; het door de IGZ veronderstelde voornemen van het OM om tot publicatie over te gaan, werd als een gegeven beschouwd. Bovendien had de IGZ - ook ingeval het OM nadere informatie zou hebben verschaft over met name de schorsing van de bewaring onder voorwaarden door de rechter-commissaris - als haar beleid naar buiten hebben kunnen brengen dat zij vanuit haar eigen verantwoordelijkheid, zelf een nader onderzoek instelde en een maatregel overwoog. Daarbij had kunnen worden verduidelijkt dat het eigen onderzoek niet alleen gebaseerd zou zijn op de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek, maar een ruimere strekking zou hebben met het oog op het

waarborgen van een verantwoorde zorg in de toekomst.[64]

De openbaarmaking: de verhouding tussen doel en middel

De IGZ achtte, zoals eerder opgemerkt, een acuut gevaar voor de patiëntveiligheid aanwezig en besloot tot het geven van een bevel. De (hoofd)regel is dan dat een dergelijk bevel binnen 24 uur wordt bekendgemaakt. Dat is op zichzelf gegeven een acuut gevaar en zeker indien het bevel een verbod van of beperking in de beroepsuitoefening inhoudt, begrijpelijk. Patiënten moeten immers zo snel mogelijk ervan op de hoogte worden gebracht dat de zorgverlener zijn beroep niet of niet onbeperkt mag uitoefenen en dat zij dus niet bij hem terecht kunnen. Dat bevordert de effectiviteit van het beleid. Het is daarom begrijpelijk dat bij de afwegingen van de IGZ de toepassing van de hoofdregel die publicatie voorschrijft het startpunt was.

Het voorgaande betekent echter niet dat geen uitzonderingen op die regel denkbaar zijn. Tegenover de belangen die hiervoor zijn genoemd, stonden immers de belangen van de arts. Dat waren zwaarwegende belangen, gelet op de enorme impact die de openbaarmaking in een geval als dit zou hebben op de reputatie van de arts en de praktijk. Het is een groot verschil of een bevel of aanwijzing bijvoorbeeld wordt gegeven om de afdeling van een ziekenhuis te sluiten, of dat de publicatie betrekking heeft op een verbod aan een individuele zorgverlener om zijn beroep uit te oefenen.[65] In deze zaak ging het bovendien om de enige arts in een kleine dorpsgemeenschap. De patiënten van de huisartsenpraktijk waren er schriftelijk reeds van op de hoogte gesteld dat de huisarts voor langere tijd afwezig zou zijn.[66]

Hoe de afweging van de verschillende belangen in het concrete geval behoort uit te pakken hangt af van de bijzondere omstandigheden van het geval. Daarbij is, zoals eerder opgemerkt, van belang of er een alternatief is om het nagestreefde doel – het niet verlenen van zorg door de betrokken zorgverlener- te bereiken, zoals door het maken van afspraken op de naleving waarvan kan worden vertrouwd.[67]

Een alternatief voor publicatie?

Voor de beantwoording van die vraag of een uitzondering op de hoofdregel, die publicatie voorschrijft, in aanmerking kwam, zijn de volgende omstandigheden van belang.
In de eerste plaats kon het oordeel van de IGZ betreffende het acuut gevaar voor de patiëntveiligheid

---

[64] Het strafrechtelijk onderzoek was, zoals eerder opgemerkt, gericht op een gebeurtenis in het verleden en was naar tijd en omvang beperkt. Het beperkte zich in wezen tot wat op 19 augustus betreffende de toegediende medicatie en daarna het afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden was gebeurd, al bevatte het wel signalen over een onzorgvuldige zorgverlening in meer opzichten. Een onderzoek van de IGZ zou zich uitstrekken tot meer aspecten van de zorgverlening en daarop dieper ingaan.

[65] Dit onderwerp is in de interne evaluatie van de IGZ ook aan de orde geweest. Tegenover de commissie is verklaard dat hoewel de patiëntveiligheid voor de IGZ voorop staat men niet uitsluit dat openbaarmaking onder omstandigheden disproportioneel kan zijn als het gaat om een individuele beroepsbeoefenaar.

[66] De IGZ was van die brief niet op de hoogte en heeft gesteld dat de raadsvrouw tijdens het gesprek op 27 september ook niet op het bestaan ervan heeft gewezen.

[67] Zoals eerder onder 3.5.2. is uiteengezet, is dan geen sprake van een beroepsbeperkende maatregel, een “deal” die niet meer is toegestaan.

naar zijn aard in zoverre slechts voorlopig zijn, dat de IGZ slechts beschikte over het strafdossier,[68] zij het dat dat dossier verontrustende signalen bevatte. Verder was de huisarts nooit bij de IGZ in beeld geweest en was hij voordien ook niet met de tuchtrechter in aanraking gekomen. Dat betekende op zichzelf nog niet dat een bevel en de publicatie daarvan niet gerechtvaardigd zouden kunnen zijn: daarvoor was met name niet nodig dat er sluitend bewijs bestond voor het aanwezig geachte gevaar en in het bijzonder voor een min of meer structureel disfunctioneren. Voor dat laatste achtte men wel aanwijzingen aanwezig, maar om dat vast te stellen was nu juist nader onderzoek nodig. Maar wel klemde, gelet op de zeer grote privacybelangen, de vraag des te meer of er mogelijk alternatieven waren voor een publicatie van het bevel op de gebruikelijke termijn. Kon op een andere wijze worden bewerkstelligd dat de arts voorlopig - zolang het nadere onderzoek van de IGZ liep - zijn beroep niet zou uitoefenen en was het onontkoombaar dat zijn patiënten door middel van een publicatie werden gewaarschuwd?

Uit de interviews is gebleken dat de IGZ niet principieel uitsluit dat in een soortgelijk geval afspraken met een arts worden gemaakt dat hij, hangende het IGZ-onderzoek, voorlopig niet zal werken. Dan moet er wel het vertrouwen bestaan dat de gemaakte afspraken worden nagekomen. Dat laatste is bijvoorbeeld eerder het geval indien sprake is van een groepspraktijk waarbij de collega's van de arts over het bevel zijn geïnformeerd.

Het staat vast dat de arts ten tijde van het bevel ziek was, zij het dat hij niet meer in een GGZ-instelling verbleef. Hij was echter nog wel onder behandeling. De raadsvrouw, die contact had gehad met de behandelaars van de arts en kennelijk goed op de hoogte was van alle aspecten van de zaak, had verder aan de IGZ bericht dat niet te verwachten was dat de arts vóór januari 2014 weer aan het werk zou kunnen gaan.

Bij de IGZ ontbrak niettemin het vertrouwen dat in deze zaak afspraken konden worden gemaakt. Tijdens het op 27 september gevoerde zienswijzegesprek, bleek dat de huisarts niet meer in de GGZ-instelling verbleef, zonder dat – in strijd met de gemaakte afspraak – de IGZ daarover was ingelicht. Inderdaad is bij brief van de IGZ van 13 september aan de huisarts schriftelijk bevestigd een eerder mondeling via de raadsvrouw gedaan verzoek van de inspectie om de inspectie in te lichten wanneer hij de GGZ-instelling zou verlaten "en in het bijzonder de inspectie in te lichten alvorens u uw werkzaamheden als huisarts mocht willen hervatten". Omdat de commissie niet in de gelegenheid is geweest de raadsvrouw van de huisarts te horen, kan, zoals eerder opgemerkt, niet vastgesteld worden of hier wellicht van een niet aan de huisarts te verwijten misverstand tussen hem en zijn raadsvrouw sprake is geweest. Er blijkt niet dat de IGZ tijdens die bespreking de huisarts uitdrukkelijk met dit niet-nakomen van de afspraak heeft geconfronteerd.[69] Hoe dan ook is het enkele niet melden van het ontslag uit de GGZ-instelling in het licht van de andere hiervoor genoemde omstandigheden van onvoldoende gewicht voor de conclusie dat met de huisartsenpraktijk en de huisarts geen

[68] En niet - zoals bij de gebruikelijke gang van zaken naar aanleiding van een melding – over de resultaten van een eigen onderzoek.

[69] Het verslag dat van genoemde bespreking van 27 september is gemaakt, houdt niet in dat de IGZ de kwestie van het (niet gemelde) ontslag uit de GGZ instelling ter sprake heeft gebracht, in welk geval de arts zich zou hebben kunnen verweren. Wel houdt dat verslag in dat de arts heeft verklaard dat hij nog ziek was en een deeltijdbehandeling onderging, dat hij voorlopig niet aan het werk zou (kunnen) gaan en dat de waarneming in de praktijk goed geregeld was.

afspraken te maken waren. Ook de overige argumenten zijn niet doorslaggevend.[70] De arts heeft uitdrukkelijk verklaard dat hij nog onder behandeling was en voor langere tijd niet zou werken en dat in zijn waarneming goed was voorzien. Nader onderzoek van de IGZ naar deze stand van zaken was op zijn plaats geweest. Niet is gebleken dat de IGZ tussen 27 september en de (beperkte) publicatie van het bevel contact heeft gezocht met de praktijk of de huisarts over zijn ziekte, of dat zijn behandelaars zijn geconsulteerd (na verkregen toestemming van de huisarts) met de vraag hoe dezen zijn psychische gesteldheid inschatten en op welke termijn van een eventuele werkhervatting redelijkerwijze sprake zou kunnen zijn. Ook is niet nader geïnformeerd naar de definitieve regeling van de vervanging begin oktober; op 11 september heeft de IGZ in een telefonisch onderhoud aan de praktijk gevraagd hoe op dat moment de vervanging tijdelijk was geregeld. Had men gevraagd naar de definitieve regeling dan zou de IGZ naar alle waarschijnlijkheid ook op de hoogte zijn gekomen van de brief die al eerder aan de patiënten was toegestuurd.
De publicatie van het bevel zou voor de betrokken huisarts een enorme impact hebben. De overwegingen voor de publicatie – patiëntveiligheid – was praktisch gesproken nauwelijks relevant. Voor zover deze overweging relevant was, zou dit de IGZ hebben moeten nopen om grondig te onderzoeken of er op een andere wijze dan door publicatie verzekerd kon worden dat de huisarts voorlopig niet aan het werk zou gaan. Dat laatste is in onvoldoende mate gebeurd.

De beperkte publicatie van het bevel

De IGZ was zich bewust van het dilemma, dat enerzijds transparantie van het beleid gewenst was ten behoeve van de samenleving en van de beroepsgroep en dat anderzijds daarbij privacybelangen in het geding waren die niet onevenredig mochten worden geschaad. Men heeft een middenweg gezocht: gepubliceerd werd wel het verbod zelf maar niet de gronden voor dat besluit, te weten de feiten die in het strafdossier waren opgenomen. De reden dat niet het hele bevel is gepubliceerd lag in het belang van de privacy van de arts en van de patiënt. Men meende met een beperkt persbericht recht te doen aan zowel de belangen van de huisarts en de nabestaanden van de patiënt als aan de belangen van de samenleving bij het voorkomen van risico's voor patiënten in de zorgverlening.
Wat het belang van de arts betreft: een beperkte publicatie zal dat nauwelijks minder hebben geschaad dan een volledige publicatie. Ook in de beperkte publicatie stond nog steeds dat het bevel was gegeven omdat de inspectie onvoldoende vertrouwen had in een verantwoorde zorgverlening door de huisarts. Bovendien werd onder algemene verwijzing naar de bevindingen uit het strafdossier gesteld dat de huisarts bij een patiënt onzorgvuldig had gehandeld en richtlijnen had genegeerd. Wat het belang van de patiënt betreft: om dat niet te schaden is niet vermeld dat het ging om de behandeling van een terminaal zieke patiënt.[71] In Tuitjenhorn zal echter na de gehouden verhoren in het kader van het strafrechtelijk onderzoek wel snel bekend zijn geweest om wie het ging.

In een zaak als deze, waarin het draait om medisch handelen in de laatste levensfase, heeft de beroepsgroep een groot belang bij voldoende en nauwkeurige informatie. Dit belang van transparantie van beleid ten behoeve van de beroepsgroep werd – gegeven dat tot publicatie werd

[70] Zie voor de argumenten van de IGZ paragraaf 3.4.1.
[71] In het bevel zelf staat veel privacygevoelige informatie m.b.t. de patiënt, maar het bevel hoefde niet per se in het geheel te worden gepubliceerd als publicatie zou zijn aangewezen.

besloten - evenmin adequaat gediend. In de beperkte publicatie ontbrak een duidelijke motivering waaruit viel af te leiden wat de zaak in feite inhield en op welke meer specifieke gronden de IGZ het bevel had gegeven. Al in de aanloop naar het bevel hadden de betrokken functionarissen van de IGZ (in een bijeenkomst van 30 september) besloten om de koepels/branchepartijen niet actief over deze zaak te informeren. De IGZ was zich wel degelijk bewust van de gevoeligheid van de materie en van de impact die het ingestelde onderzoek op de beroepsgroep zou kunnen hebben. Er lijkt echter onvoldoende te zijn nagedacht over de mogelijke effecten van een beperkte publicatie van het bevel op de beroepsgroep, zeker nadat bekend was geworden dat het om zorgverlening aan een terminale patiënt ging.
Een van de elementen die bij de beperkte publicatie wel bekend werden gemaakt, was dat het OM was ingeschakeld en dat de bevindingen uit het procesdossier van het OM voor de IGZ aanleiding waren om een bevel op te leggen. Bij de IGZ veronderstelde men dat de vermelding van een strafrechtelijk onderzoek, ingesteld door het OM, de ernst van de zaak duidelijk zou maken en de beroepsgroep ervan zou overtuigen dat het onontkoombaar was dat de IGZ ingreep. Die taxatie bleek onjuist. Er ontstond juist onrust over die inschakeling van het OM en de politie. Het vermoeden werd uitgesproken dat de IGZ en het OM een repressiever beleid waren gaan voeren op het gebied van euthanasie en palliatieve sedatie en de vraag werd gesteld of er wel begrip voor bestond dat het soms noodzakelijk was om – gemotiveerd – van richtlijnen af te wijken.
Gegeven het oordeel dat publicatie van het bevel nodig was, had een meer uitgebreide bekendmaking met een betere motivering van het bevel uiteindelijk de voorkeur verdiend, met name met het oog op het informeren van de beroepsgroep. Dat zou zeer waarschijnlijk tot meer begrip in de beroepsgroep hebben geleid. Naar alle waarschijnlijkheid zou alleen al de vermelding in de publicatie van de gebruikte doseringen voldoende zijn geweest om te voorkomen dat verontrusting in de beroepsgroep ontstond of de omvang aannam waarvan nadien sprake was.
De beperkte publicatie bracht met zich mee dat geen inzicht werd gegeven in de gedachtegang en de overwegingen van de IGZ. Hoewel de motieven om het bevel slechts beperkt openbaar te maken op zichzelf beschouwd honorabel waren, zou de beperkte informatie die in de publicatie is verschaft in de periode na het overlijden van de arts op 8 oktober tot des te meer vragen, verwijten en onrust leiden in de beroepsgroep en de samenleving. Het is opvallend hoeveel personen in die periode hun (negatieve) oordeel over het beleid van de autoriteiten in deze zaak klaar hadden, zonder over voldoende kennis van de feiten te beschikken.

3.6 Slot

Terecht heeft de IGZ naar aanleiding van de melding contact opgenomen met het Openbaar Ministerie. In overleg met het OM is besloten dat, gelet op de ernst van de verdenking, een strafrechtelijk onderzoek aangewezen was. Die conclusie was juist. Overeenkomstig het bepaalde in het Samenwerkings- en informatieprotocol heeft de IGZ tijdens het strafrechtelijk onderzoek geen eigen onderzoek ingesteld om het strafrechtelijk onderzoek niet te verstoren.
Nadat de IGZ de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek had ontvangen, heeft zij terecht naar aanleiding van wat het strafdossier aan verontrustende signalen inhield , besloten dat zij vanuit haar eigen verantwoordelijkheid een nader onderzoek diende in te stellen. Dat nader onderzoek zou zich

richten op de tekortkomingen in de zorgverlening die waren gebleken of waarvoor aanwijzingen bestonden. Het doel was om vast te kunnen stellen of hier sprake was van een weliswaar ernstig incident of dat die tekortkomingen wezen op een min of meer structureel disfunctioneren.
Begrijpelijk was het oordeel van de IGZ dat de huisarts, hangende dat onderzoek, voorshands zijn werkzaamheden in de praktijk niet behoorde te hervattende (dan wel in ieder geval geen werkzaamheden zou verrichten op het terrein van de palliatieve zorg).[72] Daartoe heeft zij een bevel als bedoeld in art.8, vierde lid, Kwz gegeven. Nu tegen de beslissing op het tegen dat bevel ingediende bezwaar beroep is ingesteld bij de bestuursrechter, zal de commissie zich onthouden van een oordeel over het bevel.
Wat de (beperkte) publicatie van het bevel op 4 oktober betreft, zet de commissie vraagtekens bij de uitkomst van de door de IGZ gemaakte belangenafweging. Er waren immers voldoende argumenten aanwezig voor de conclusie dat publicatie in dit concrete geval niet opportuun was. Er waren duidelijke aanwijzingen dat de arts niet voornemens was op korte termijn aan het werk te gaan, terwijl de waarneming in de praktijk goed was geregeld. Verder werd het bevel toegepast als tijdelijke maatregel in afwachting van de resultaten van nader onderzoek. Bij die stand van zaken had het de voorkeur verdiend om vooralsnog niet tot publicatie van het bevel over te gaan. Als er niettemin onrust zou zijn ontstaan over eventueel bekend geworden aspecten van het beleid van de IGZ in deze zaak, had een heroverweging kunnen plaats vinden, die ertoe zou hebben kunnen leiden dat alsnog een bekendmaking volgde, maar dan een met meer inhoudelijke informatie.
Gegeven het besluit tot publicatie, deed de beperkte vorm waarin deze is geschied tekort aan het belang van de transparantie van het beleid van de IGZ en in het bijzonder aan het belang van de beroepsgroep om op het gevoelige terrein van euthanasie en palliatieve sedatie adequaat te worden geïnformeerd over de redenen voor een – zeker in de omstandigheden van dit geval – ingrijpende maatregel.

[72] Na het ingediende bezwaar heeft de IGZ in heroverweging het bevel beperkt tot die zorg.

Hoofdstuk IV De periode van 8 oktober 2013 tot de publicatie van het integrale bevel

4.1. De groeiende onrust in de beroepsgroep en de samenleving

Op 8 oktober overleed de huisarts. De daarop volgende periode wordt gekenmerkt door een groeiende onrust in de samenleving en in de beroepsgroep over de zaak Tuitjenhorn. Er ontstond de vrees dat de IGZ en het OM een andere koers waren gaan varen ten aanzien van de handhaving van bestaande regels en afspraken over euthanasie en palliatieve sedatie.
Zoals uit het voorgaande voortvloeit, was op 8 oktober niet meer bekend dan het op 4 oktober gepubliceerde gedeelte van het bevel van de IGZ en datgene wat het OM eveneens op 4 oktober in een persbericht naar buiten had gebracht. Het gepubliceerde gedeelte van het bevel van de IGZ bevatte geen feitelijke motivering van het besluit. Het persbericht van het OM hield in wezen niet meer in dan dat een onderzoek werd verricht naar het overlijden van een terminaal zieke patiënt medio augustus, waarbij werd onderzocht welke rol de desbetreffende huisarts bij het overlijden van de patiënt had gespeeld. Met name ging het er volgens het bericht om te onderzoeken "in hoeverre sprake was van een uitdrukkelijk en ernstig verlangen bij de patiënt, voorafgaand aan het overlijden" en zo ja, of voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen die gelden voor euthanasie. Van palliatieve sedatie werd niet gesproken. Dit bericht gaf in feite slechts het onderzoeksthema weer zoals dat eind augustus bestond, en vermeldde niets over wat in het kader van het onderzoek was verricht of over de feiten die in de loop van het onderzoek naar voren waren gekomen.
De media berichtten dat de arts door suïcide om het leven was gekomen. Zoals uit allerlei reacties in kranten, ingezonden brieven, commentaren en columns blijkt, leidde dat tot de beeldvorming dat een arts zelfmoord had gepleegd omdat de autoriteiten achter hem aan zaten, terwijl hij juist uit compassie met de patiënt had gehandeld. Van de casus waren toen nog nauwelijks gegevens bekend. Niettemin ontstond het idee dat het een en ander in het handelen van de autoriteiten - IGZ en OM - fout moest zijn gegaan, hetgeen had geleid tot deze wanhoopsdaad van de huisarts. Verondersteld werd een fixatie van OM en IGZ op "de regeltjes".

Door het overlijden van de arts verviel voor het OM het recht tot strafvordering. Dat betekende dat het strafrechtelijk onderzoek beëindigd was en geen andere afdoening kon volgen dan een sepot. Het OM achtte zich onder die omstandigheden niet vrij om nadere informatie over de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek te geven. Ook de IGZ was van oordeel dat aanvullende informatie - bij voorbeeld door het alsnog publiceren van het volledige bevel - in de gegeven omstandigheden op grond van privacyoverwegingen niet kon worden verschaft. Wel heeft een woordvoerster van de IGZ op 15 oktober, toen bekend was geworden dat een coassistent bij het AMC van de zaak melding had gemaakt, volgens krantenberichten medegedeeld dat de inspectie bij het inschakelen van het OM niet over één nacht ijs was gegaan.[73] Tevens werd vermeld dat er geen sprake was geweest van euthanasie en dat om privacy-redenen niet zou worden prijsgegeven wat de arts dan wel fout zou hebben gedaan. Verder sprak een woordvoerder van de IGZ, aldus een van die berichten, over

[73] Zie het Noordhollands Dagblad van 15 oktober en het Brabants Dagblad van 16 oktober.

“ernstig onverantwoord huisartsgeneeskundig handelen op meerdere momenten in de laatste levensfase van een terminale patiënt” als grond voor de oplegging van het bevel. De IGZ liet weten dat, hoewel er begrip voor bestond dat artsen duidelijkheid wilden en dat de IGZ het belang van transparantie onderschreef, van een toezichthouder ook zorgvuldigheid verwacht mag worden.
Het gebrek aan feitelijke informatie van de zijde van de IGZ en het OM heeft naar alle waarschijnlijkheid bijgedragen aan genoemde beeldvorming en geleid tot grote onrust in de beroepsgroep en de samenleving.[74] Artsen vroegen zich af of de IGZ en het OM een repressiever beleid waren gaan voeren met betrekking tot handelingen rond het levenseinde, waarbij afwijking van regels en richtlijnen, ook al zou daarvoor in het concrete geval een goede reden bestaan, niet wordt getolereerd. Kortom of zij ook niet zomaar zouden kunnen worden geconfronteerd met acties van IGZ, politie en justitie als zij palliatieve zorg verleenden. Ook bestond de vrees dat het optreden van de IGZ en het OM nadelige consequenties zou hebben voor patiënten, die op een verantwoorde terminale zorg moeten kunnen rekenen.
Op 15 oktober riep de LHV de IGZ op tot voortzetting van het onderzoek. Zij vroeg zich af wat de inhoudelijke gronden waren om het bevel op te leggen en wat de proportionaliteit was van de ingezette acties. Zij riep de IGZ op om hierover openheid van zaken te geven. De KNMG sloot zich op diezelfde datum bij dit standpunt aan.

4.2 De bijeenkomst van 16 oktober met de artsenorganisaties

De IGZ zocht naar een mogelijkheid om de ontstane onrust te dempen. Met het oog daarop heeft zij het initiatief genomen tot een bijeenkomst met een aantal artsenorganisaties . Die bijeenkomst, waarbij ook direct betrokken leden van het OM aanwezig waren, is op 16 oktober in Domus Medica in Utrecht gehouden. Van de artsenorganisaties waren aanwezig, de KNMG, de LHV, het NHG en VHN (thans InEen).
De KNMG is een federatie, waarin een aantal beroepsgroepen en een organisatie van medische studenten zijn vertegenwoordigd. Daar waar er onderwerpen van gemeenschappelijk belang aan de orde zijn (bijvoorbeeld medisch-ethische kwesties, professioneel gedrag, preventie en buitenlandbeleid) treedt de KNMG op als vertegenwoordiger voor de beroepsverenigingen. De LHV behartigt de belangen van bijna 12.000 leden in Nederland. De belangrijkste taken zijn het versterken van de positie van de huisarts binnen de gezondheidszorg en het ondersteunen van de leden. De LHV is lid van de KNMG. Ongeveer 85 à 90% van de huisartsen is lid van de LHV. Indien overkoepelende kwesties specifiek de huisartsen aangaan, neemt de LHV deze voor zijn rekening. InEen behartigt de belangen van organisaties in de eerstelijnszorg. Het NHG is een wetenschappelijke vereniging van Nederlandse huisartsen en heeft als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te bevorderen
De IGZ had een voorlichtingsfunctionaris in de delegatie opgenomen, maar tegen diens aanwezigheid bij het gesprek hadden de organisaties bezwaar, waarna deze functionaris zich heeft teruggetrokken. Tijdens deze bespreking hielden de IGZ en het OM vast aan het uitgangspunt dat geen nadere

[74] Zoals hierna vermeld hebben IGZ en OM met het oog op de privacybelangen van de nabestaanden van de huisarts gepoogd op andere wijze dan door het verschaffen van feitelijke informatie over de casus de rust te laten wederkeren.

feitelijke informatie kon worden verschaft. Zodanige informatie zouden de organisaties immers vanwege dat op privacyoverwegingen gebaseerde uitgangspunt niet met hun achterban kunnen delen. Wel is medegedeeld dat het niet ging om een geval van euthanasie of palliatieve sedatie. Na deze toelichting vroeg de IGZ steun van de artsenorganisaties om de onrust te beteugelen.[75] De IGZ, de KNMG en de LHV spraken af te streven naar een gemeenschappelijke verklaring waarmee men hoopte de ontstane onrust onder de huisartsen te doen afnemen. De artsenorganisaties waren echter niet bereid om het optreden van OM en IGZ zonder nadere informatie te rechtvaardigen. Uiteindelijk is afgesproken te streven naar een in onderling overleg op te stellen persbericht van de IGZ , waarnaar de KNMG en de LHV in eigen berichtgeving zouden kunnen verwijzen. Dat overleg over de inhoud van dat persbericht had twee dagen later, op 18 oktober plaats. Het ministerie van VWS heeft die dag op verzoek getracht een bemiddelende rol te spelen. Partijen hebben echter geen overeenstemming weten te bereiken.
Er waren twee breekpunten. In de eerste plaats waren de artsenorganisaties - zonder te beschikken over meer informatie - niet bereid te verklaren dat zij ervan overtuigd waren dat de IGZ en het OM zorgvuldig te werk waren gegaan. In de tweede plaats wilden de organisaties dat in het bericht werd uitgesproken dat het wenselijk was om het handelen van de IGZ extern te evalueren. Het gevolg was dat de IGZ en genoemde organisaties op 18 oktober elk met een eigen persbericht uitkwamen.
Wel zijn als uitvloeisel van de bijeenkomst van 16 oktober op de website van de KNMG en de LHV lijsten met Q's en A's gepubliceerd, waarin het OM antwoord gaf op vragen van de (huis)artsenorganisaties. Die antwoorden hadden op één uitzondering na uitsluitend betrekking op procedurekwesties, zoals de manier waarop de doorzoekingen waren verricht en de wijze van verhoren. Herhaald werd dat het OM geen mededelingen zou doen over de inhoud van het strafrechtelijk onderzoek naar de huisarts. Daaraan werd wel toegevoegd dat "in zijn algemeenheid gezegd [kan] worden dat er geen strafrechtelijk onderzoek wordt ingesteld in gevallen van palliatieve sedatie of euthanasie waarbij de richtlijnen zijn opgevolgd of waarbij slechts in beperkte mate van de richtlijnen is afgeweken". Daaruit kon worden afgeleid, zo meende het OM, dat in de onderhavige zaak meer aan de hand was dan een beperkte afwijking van de geldende richtlijnen.

4.3 De persberichten van 18 oktober van de IGZ en de artsenorganisaties

De IGZ gaf op 18 oktober een persbericht uit, dat samengevat inhield:
- dat het geldende toezichtbeleid rond euthanasie en palliatieve sedatie niet ter discussie stond;
- dat zorgvuldig onderzoek van het OM had uitgewezen dat er aanwijzingen zijn dat er sprake is van feiten die ver buiten de normale medische praktijk vallen, waarover omwille van de privacy geen verdere mededelingen gedaan konden worden;
- dat de aanleiding voor de IGZ om een bevel op te leggen de bevindingen waren uit het procesdossier van het OM;
- dat de IGZ wettelijk verplicht was om het OM in te schakelen aangezien er duidelijke aanwijzingen

[75] Volgens het OM heeft het aan de artsenorganisaties gevraagd om de verschafte informatie – met name dat het niet ging om euthanasie of palliatieve sedatie – met hun achterban te delen. Dat zouden de artsenorganisaties bij gebrek aan andere feitelijke informatie hebben geweigerd.

waren voor een strafbaar feit;
- dat artsen die handelen volgens de geldende richtlijnen zich geen zorgen hoefden te maken en patiënten konden blijven vertrouwen op de noodzakelijke terminale zorg;
- dat kernwaarde van de IGZ is dat zij zich toetsbaar opstelt en dat ook haar optreden in deze casus geëvalueerd zou worden.
De LHV en de KNMG gaven zelf in grote lijnen met elkaar overeenstemmende persberichten uit, waarin gereageerd wordt op het persbericht van de IGZ. Er werd – samengevat - gerefereerd aan de bespreking met de IGZ van 16 oktober. Opgemerkt werd dat de IGZ in algemene termen informatie over de zaak had gedeeld, maar dat een aantal belangrijke vragen van de artsenorganisaties om redenen van privacy niet konden worden beantwoord. Hieraan voegde de KNMG toe dat de IGZ wel duidelijk had gemaakt dat sprake was geweest van medisch ontoelaatbaar handelen. Verder pleitten beide organisaties voor een onafhankelijk (extern) onderzoek naar deze casus en naar het functioneren van de IGZ daarin . Daarbij verwees men naar de opheldering die de Tweede Kamer aan de minister had gevraagd over het optreden van de IGZ tegenover de huisarts. Men ging ervan uit dat hiermee – in het belang van patiënten en huisartsen – duidelijkheid zou worden verschaft , zodat zou worden voorkomen dat huisartsen terughoudend zouden worden in het leveren van palliatieve zorg en patiënten niet meer zouden weten waar zij aan toe waren. Anders dan de KNMG voegde de LHV nog toe dat bij dat gewenste onderzoek de focus moest liggen op de inhoudelijke gronden en de proportionaliteit van het handelen van de IGZ en niet alleen op de vraag of de IGZ de juiste processtappen had genomen.

4.4 De onrust houdt aan. Openbaarmaking van het bevel

Met het persbericht van de IGZ van 18 oktober noch met de antwoorden van het OM op de gestelde vragen, zoals gepubliceerd op de websites van de KNMG en de LHV, werd het nagestreefde doel, het dempen van de onrust, bereikt. Hetzelfde gold voor een brief van de hoogleraar Huisartsengeneeskunde van het AMC van 19 oktober aan de aangesloten huisartsenopleiders en andere partijen in het netwerk van het AMC, over de inhoud waarvan in de Volkskrant van 22 oktober een publicatie verscheen. In die brief werd gesproken van “buitensporig en bewust normoverschrijdend handelen” van de huisarts, dat tot de melding aan de IGZ had geleid.
De onrust nam eerder toe.
Op 15 oktober had de Volkskrant bericht dat een arts verbonden aan het AMC de melding bij de IGZ had gedaan en dat die melding berustte op een verklaring van een coassistente van het AMC die in de huisartsenpraktijk stage liep. Vanaf dat moment was het AMC doelwit van zeer scherpe kritiek, met name uit kringen van huisartsen. Die kritiek richtte zich er vooral op dat het AMC niet voorafgaand aan de melding contact had opgenomen met de huisartsdocent. Betrokkenen bij het AMC wisten inmiddels dat de verklaring van het coassistente ondersteund werd door bevindingen uit het strafrechtelijk onderzoek. Kort na het overlijden van de huisarts hadden vertegenwoordigers van het OM gesproken met medewerkers van het AMC en de coassistente . Bij die gelegenheid heeft het OM onder meer in zijn algemeenheid gezegd dat het strafrechtelijk onderzoek niets had opgeleverd dat de verklaring van de coassistente tegensprak. Het AMC achtte zich op dat moment niet de aangewezen instantie om daarover aan derden, zoals de pers, mededelingen te doen. Vooralsnog gaf het AMC er de voorkeur aan op actie van de IGZ te wachten voor wat betreft de voorlichting aan de

beroepsgroep en het publiek. In een bespreking met de IGZ van 22 oktober heeft het AMC er bij de IGZ - in aansluiting op eerdere oproepen daartoe - wederom op aangedrongen om meer openheid van zaken te geven. Een concrete toezegging heeft de IGZ toen echter niet gedaan.

Intussen werden via de pers steeds meer feiten bekend. Het Hoofd Communicatie van het AMC werd er op 23 oktober mee geconfronteerd dat Medisch Contact uit betrouwbare bron had vernomen dat een grote dosis morfine zou zijn gebruikt. Na die melding van Medisch Contact, werd de afdeling communicatie onophoudelijk door de pers benaderd, waarbij opviel hoeveel de media wisten over wat was voorgevallen bij het bezoek op de bewuste maandag van de huisarts en de coassistente aan de patiënt. Dat betrof zowel de medicatie als de gebruikte doses. De aanhoudende vraag van de media om informatie, de terughoudende opstelling van OM en IGZ, het feit dat een deel van de gebeurtenissen al in het publieke domein bekend was en het besef dat de onrust alleen maar zou groeien als onvolledige informatie werd verstrekt, heeft geleid tot het besluit van het AMC om de uitspraken te doen zoals die in de NRC van 24 oktober, maar ook in andere media zijn opgenomen. Medegedeeld werd onder meer dat grote hoeveelheden morfine (20 ampullen) en dormicum aan de patiënt waren toegediend en dat bij de huiszoeking bleek dat de arts over grote hoeveelheden morfine en dormicum beschikte. Ook is vermeld dat de huisarts de coassistente zou hebben gevraagd niet met haar begeleiders bij het AMC over het gebeurde te praten. Dit laatste kwam voor in de schriftelijke verklaring van de coassistente die zij op verzoek van de coördinator had opgesteld en was toegezonden aan de IGZ. Onduidelijk is of en in hoeverre op 24 oktober al onderdelen van die verklaring en gegevens met betrekking tot de bij de doorzoekingen aangetroffen voorwerpen tot de pers waren doorgedrongen. Kort nadien, op 26 oktober werd de volledige verklaring van de coassistente in de Volkskrant gepubliceerd.
Tegen de hiervoor geschetste achtergrond heeft de IGZ op 24 oktober besloten het gehele bevel alsnog te publiceren, na de belanghebbenden de gelegenheid te hebben geboden om daartegen een rechterlijke voorziening te vragen. De advocaat van de huisartsenpraktijk heeft doen weten dat geen bezwaar werd gemaakt tegen de publicatie indien ook de zienswijze van de arts integraal zou worden gepubliceerd. De IGZ heeft aan dat verzoek niet voldaan, omdat die zienswijze naar haar oordeel te gedetailleerd was en de belangen van de coassistente raakte. Op 25 oktober is het bevel van de IGZ openbaar gemaakt. De zienswijze van de arts is - kennelijk door de huisartsenpraktijk - op internet openbaar gemaakt.

Na de publicatie van het bevel gaven de KNMG en de LHV te kennen dat zij de openheid die de IGZ nu bood, waardeerden, dat de onrust daardoor voor een belangrijk deel was weggenomen en dat artsen die zich houden aan de richtlijnen met betrekking tot de zorg rond het levenseinde of daar op een gefundeerde wijze van afwijken, zich geen zorgen hoeven te maken. De KNMG merkte daarbij verder nog op dat het bevel duidelijk maakte dat een terechte melding aan de IGZ had plaatsgevonden, nu volgens het bevel de arts ver buiten alle geldende richtlijnen had gehandeld, signalen van collega zorgverleners hierover had genegeerd en zich in een zo belangrijk deel van de zorg niet toetsbaar had opgesteld.

Enkele weken later publiceerden zowel de LHV als de KNMG een nieuwsbericht op hun website waarin ze lieten weten dat de artsenorganisaties de door de betrokken ministers aangekondigde externe evaluatie van de zaak Tuitjenhorn verwelkomden. Zij herinnerden aan eerdere oproepen van

de organisaties tot een onafhankelijk onderzoek naar de proportionaliteit en de inhoudelijke gronden van het handelen van de IGZ en - werd daar nu aan toegevoegd - het Openbaar Ministerie.

Op 18 oktober heeft de IGZ besloten het calamiteitenonderzoek voort te zetten. Was het onderzoek van het OM specifiek gericht geweest op het handelen van de huisarts, het onderzoek van de IGZ zou een bredere invalshoek hebben en zich ook richten op andere schakels in de zorgketen. De IGZ heeft het voornemen om het onderzoek voort te zetten naar buiten gebracht voordat de betrokkenen daarvan op de hoogte waren gesteld. Bij het nadien benaderen van de betrokken zorgverleners heeft de IGZ daarvoor haar excuses gemaakt. Het calamiteitenonderzoek is met het definitieve rapport van 6 juni 2014 afgesloten. Dat rapport is nog niet openbaar.

4.5 Beschouwing

4.5.1 Het dilemma van de IGZ : transparantie versus privacy

Na 8 oktober bevonden het OM en de IGZ zich in een bijzonder moeilijke positie, gelet op enerzijds de toenemende onrust en anderzijds de belemmeringen, gebaseerd op privacyoverwegingen, die men zag om nadere informatie over de zaak te geven.
Voor de IGZ gold het volgende. Zoals eerder opgemerkt had de IGZ om op zichzelf honorabele redenen van privacy gekozen voor een beperkte publicatie van het bevel: wat gepubliceerd was, behelsde niet, zoals eerder is uiteengezet, een op feiten gebaseerde motivering van het bevel. Na het overlijden van de arts kwam het de IGZ ongepast voor alsnog nadere informatie te verschaffen bijvoorbeeld door een onbeperkte publicatie van het bevel met de daarin beschreven feiten.[76]

Tegelijkertijd voedde het gebrek aan informatie de onrust in de beroepsgroep en de samenleving .
De IGZ heeft onder de gegeven omstandigheden geoordeeld dat overwegingen van privacy de doorslag behoorden te geven. Pas toen de overvloedige publiciteit in de media handhaving van die terughoudendheid zinloos maakte, verlegde de IGZ de koers en ging zij eind oktober over tot de volledige publicatie van het bevel. De motieven voor deze aanvankelijke opstelling zijn te begrijpen. ,
Het is ook begrijpelijk dat de IGZ hoopte in overleg met de artsenorganisaties te komen tot een gezamenlijk beleid om de ontstane onrust te verminderen. Een gezamenlijk optreden bleek echter niet mogelijk en ook het persbericht dat de IGZ op 18 oktober uitgaf, had niet het gewenste effect. Doordat er daarna in snel tempo steeds nieuwe feiten in de media bekend werden gemaakt was er nauwelijks tijd voor een hernieuwde afweging van de betrokken belangen. Het is voorstelbaar dat deze gang van zaken door de nabestaanden van de arts als een ernstige inbreuk op de privacy is ervaren, al kan dat op zichzelf niet aan de IGZ worden verweten.

[76] Voor de IGZ gold in casu het toetsingskader van de Wob (art. 10). Zie daarover nader onder 4.5.2.

4.5.2 Het dilemma van het OM: transparantie versus privacy bij een afgesloten dossier

Na het overlijden van de huisarts heeft het OM het strafrechtelijk onderzoek overeenkomstig wettelijk voorschrift gesloten. Het OM heeft naar buiten toe gecommuniceerd dat het einde van de strafvervolging meebracht dat geen nadere informatie over de zaak kon worden gegeven. Dit ging zover dat het OM op de bijeenkomst met de artsenorganisaties de vraag op welke strafbepalingen het onderzoek gericht was geweest niet heeft beantwoord.
Er bestaat geen regel die expliciet verbiedt om informatie te verschaffen in een geval waarin de strafrechtelijke vervolging door het overlijden van de verdachte is geëindigd. Op grond van de Aanwijzing voorlichting opsporing en vervolging (Stcr. 2012, nr. 8161) wordt het juridisch kader voor de voorlichting over opsporing en vervolging bepaald door de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).[77] Dat brengt mee dat plaats was voor een afweging van de belangen van transparantie en privacy. Net als voor de IGZ gold voor het OM het toetsingskader inhoudende dat het verschaffen van informatie achterwege blijft indien het belang van openbaarmaking niet opweegt tegen het belang van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene en dat een onevenredige benadeling van de bij de aangelegenheid betrokken persoon moet worden voorkomen.[78] Dat het OM zich van dat toetsingskader in ieder geval eind oktober bewust was blijkt uit zijn persbericht van 24 oktober, waarin wordt gesteld:

> (…)Op grond van deze wet[79] dient een belangenafweging gemaakt te worden tussen enerzijds het belang van openbaarmaking en anderzijds het belang van eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van bij de zaak betrokken personen. Naar het oordeel van het Openbaar Ministerie weegt de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de nabestaanden van de huisarts en de overleden patiënt zwaarder dan het belang van openbaarmaking. Voor het Openbaar Ministerie weegt daarnaast zwaar dat de huisarts, doordat hij is overleden, zich niet meer kan verweren tegen de uitspraken die over hem worden gedaan.

Bedoelde afweging is zeker in een zaak als deze moeilijk en de privacybelangen wegen zwaar.
Er bestonden dus zwaarwegende argumenten om terughoudend te zijn met mededelingen over de strafzaak. Als uitgangspunt is zeker aanvaardbaar dat geen inlichtingen worden verschaft over een strafzaak die is geëindigd door het overlijden van de verdachte. Bijna altijd zullen immers in zo'n geval bij een zorgvuldige afweging van de betrokken belangen overwegingen van privacybescherming de doorslag geven. Dat uitgangspunt is echter niet absoluut en betekent niet dat nooit een uitzondering zou kunnen worden gemaakt. De opstelling van het OM heeft bij de IGZ echter de indruk doen ontstaan dat de wet een absolute verhindering opwerpt om nadere informatie over het afgesloten strafrechtelijk onderzoek te geven. Daarvan was echter geen sprake. Er was zeker een algemeen belang gemoeid met het temperen van de grote onrust binnen de beroepsgroep door een - afgewogen - openbaarmaking van de verdenking en de onderzochte feiten. Dit belang zou in beginsel wel degelijk hebben kunnen opwegen tegen privacybelangen.

[77] Zij valt niet onder de reikwijdte van titel 2 A van de Wet strafvorderlijke en justitiële gegevens (Wsjg). Kamerstukken II 2002/2003, 28 886, nr. 3 blz. 7.
[78] Art. 10 Wob.
[79] Bedoeld is de Wob.

Het OM heeft de beslissing om in het geheel geen informatie te verschaffen herhaaldelijk heroverwogen, maar is steeds tot dezelfde uitkomst gekomen namelijk dat privacybelangen de doorslag moesten geven. Gelet op de grote onrust bestond echter wel aanleiding om daarover ook nader met de IGZ in overleg te treden. Daar komt nog het volgende bij. Uit de gehouden interviews is gebleken dat volgens het OM de IGZ de aangewezen partij was om na 8 oktober beroepsgroep en samenleving nader te informeren. In dat geval zou de IGZ niet meer hebben kunnen doen dan het bevel te publiceren. Dat bevel berustte volledig op de resultaten van het strafrechtelijk onderzoek; eigen onderzoek had de IGZ immers nog niet verricht.

Er is, naar uit de interviews blijkt, overleg tussen de IGZ en VWS geweest over de vraag of er in het persbericht van 18 oktober zou kunnen worden opgenomen dat er geen sprake was geweest van euthanasie of palliatieve sedatie. Daarvan is afgezien omdat dat zou impliceren dat het om een verdenking van een levensdelict ging en omdat er naar het oordeel van het OM niets over het strafrechtelijk onderzoek naar buiten mocht worden gebracht.[80] Opmerkelijk is niet alleen de striktheid in de opstelling van het OM, maar ook het feit dat deze door andere belanghebbenden zonder slag of stoot werd geaccepteerd. Men heeft vanuit de IGZ dit laatste als volgt gemotiveerd: Het is niet zorgvuldig als de ene overheidsorganisatie (de IGZ) iets naar buiten brengt waarover de andere overheidsorganisatie die bij uitstek bevoegd is op dit terrein (het OM) zegt niet naar buiten te kunnen treden.
In de complexe situatie die na het overlijden van de arts was ontstaan, gold voor de IGZ en het OM hetzelfde toetsingskader voor wat betreft de openbaarmaking van aanvullende informatie. Was in het begin bij de aanpak van het onderzoek in deze zaak en gedurende het onderzoek sprake geweest van goed overleg tussen de IGZ en het OM en van een doeltreffende afstemming van het beleid, in deze fase blijkt daarvan niet. Er is geen overleg gevoerd over de vraag of de grote onrust die was ontstaan en het algemene belang om die zoveel mogelijk te temperen, zouden moeten leiden tot een hernieuwde afweging van de relevante belangen en tot het naar buiten brengen van aanvullende informatie. Het OM was gedurende de hele periode na 8 oktober van oordeel dat vanwege privacyoverwegingen geen enkele inhoudelijke informatie over het beëindigde strafrechtelijk onderzoek kon worden verschaft. De opvatting van het OM was en bleef dus heel strikt en gaf er geen blijk van dat men oog had voor de belangen van de IGZ en de beroepsgroep. Die waren gebaat bij aanvullende informatie, die de ontstane onzekerheid en verontrusting zouden hebben kunnen wegnemen. De IGZ en het ministerie van VWS hebben deze conclusie van het OM als een gegeven aanvaard. Dat heeft invloed gehad op het eigen communicatiebeleid van de IGZ.

Overigens meende ook de IGZ dat in beginsel overwegingen van privacybescherming de doorslag behoorden te geven, maar dat betekende althans aanvankelijk volgens haar niet dat ook een mededeling dat geen sprake was van euthanasie of palliatieve sedatie achterwege zou moeten blijven.[81] Het OM beschouwde de IGZ als de aangewezen partij om na 8 oktober de beroepsgroep en de samenleving nader te informeren. Omdat de IGZ zelf nog geen onderzoek had gedaan, zou zij echter niet meer hebben kunnen doen dan het op het strafdossier gebaseerde bevel integraal te

[80] Het OM was niet bij dit overleg betrokken. Op de bijeenkomst van 16 oktober had de IGZ nog het voornemen uitgesproken om wel te berichten dat van euthanasie of palliatieve sedatie geen sprake was.
[81] Zie noot 73 en de eerdere mededeling van een woordvoerder van de IGZ dat geen sprake was geweest van euthanasie, hiervóór vermeld onder 4.1.

publiceren. Zo zouden langs die weg indirect toch gegevens uit het strafrechtelijk onderzoek openbaar worden gemaakt - iets waartoe het OM zichzelf niet gerechtigd achtte en waarvan de IGZ de indruk had gekregen dat het in het algemeen niet was toegestaan nu het strafrechtelijk onderzoek was afgesloten.

Feitelijk was het de IGZ die half oktober zocht naar een oplossing voor het ontstane dilemma en naar een mogelijkheid om de ontstane onrust te dempen. Daartoe heeft zij, zoals vermeld, het initiatief genomen tot de bijeenkomst met de artsenorganisaties op 16 oktober.

4.5.3 De relatie tussen de artsenorganisaties en de IGZ

De LHV heeft in deze zaak veelal het voortouw genomen en zich het meest uitgesproken betoond. Dat is begrijpelijk omdat de leden van de LHV huisarts zijn en zich in hoge mate bij deze zaak betrokken voelden. In het contact met de leden werd de LHV onophoudelijk geconfronteerd met vragen die alom over deze zaak werden gesteld en met de onrust die in de beroepsgroep heerste. Het is ook begrijpelijk dat de LHV en in haar kielzog de KNMG gezien de onrust onder haar leden kritisch het beleid van IGZ en OM volgden. De vraag kan worden gesteld welke reden de organisaties hadden om a priori bezwaar te maken tegen de aanwezigheid van een voorlichter van de IGZ bij de bespreking van 16 oktober. Uit de interviews blijkt van een verschil in de verwachtingen die men van de bijeenkomst had. Voor de IGZ was in deze fase cruciaal de communicatie met de beroepsgroep en de samenleving met het doel de ontstane onrust te verminderen. In haar ogen was de aanwezigheid van een voorlichter als adviseur dan ook van belang. De artsenverenigingen daarentegen zagen de bijeenkomst vooral als een mogelijkheid om nadere inlichtingen te krijgen over de feitelijke toedracht en het gevoerde beleid in de zaak Tuitjenhorn. Zij achtten de aanwezigheid van een voorlichter van alleen de IGZ ongewenst.

Het overleg tussen de IGZ en de artsenorganisaties na die bijeenkomst van 16 oktober, gericht op een gezamenlijke benadering van de pers, leidde niet tot resultaat. Een van de redenen was dat de organisaties desgevraagd niet bereid waren te verklaren ervan overtuigd te zijn dat de IGZ en het OM zorgvuldig hadden gehandeld. Dat standpunt van de artsenorganisaties is niet onbegrijpelijk, nu de feiten betreffende dat handelen voor een groot deel nog niet bekend waren. Opmerkelijk is dat de organisaties, ondanks dit gebrek aan informatie, intussen wel tot het oordeel waren gekomen dat er een onafhankelijk (extern) onderzoek moest komen naar het functioneren van de IGZ. Deze stellingname is om de volgende redenen opmerkelijk: in de eerste plaats was tijdens de bijeenkomst van 16 oktober door de IGZ in ieder geval wel te kennen gegeven dat het in deze zaak niet ging om een geval van palliatieve sedatie of euthanasie, terwijl ook het AMC zich toen al in algemene termen over de zaak in de media had uitgelaten.[82] In de tweede plaats valt niet goed te begrijpen waarom, als er dan al een evaluatie zou moeten komen, deze beperkt zou moeten worden tot de IGZ en zich niet ook zou behoren uit te strekken tot bijvoorbeeld het OM[83] en het AMC. Terecht heeft de IGZ

[82] De KNMG heeft in zijn persbericht aangegeven, dat de IGZ wel duidelijk had gemaakt dat sprake was van medisch ontoelaatbaar handelen.
[83] Mogelijk speelt hier een rol dat het OM door middel van de lijst van Q's en A's antwoord had gegeven op een aantal procedurele vragen, waarmee onjuiste berichtgeving in de media werd weerlegd.

tegen die voorgestelde opzet dan ook bezwaar gemaakt.[84] Tenslotte: nu de strafzaak was beëindigd, zou de zaak niet meer op een openbare strafzitting worden behandeld. Langs die weg zou er dus geen klaarheid meer over de zaak kunnen ontstaan. Dat betekende echter niet dat niet langs andere weg (bijvoorbeeld via Kamervragen) feitelijke informatie beschikbaar zou kunnen komen die voldoende duidelijkheid zou hebben opgeleverd.

Inhoud en toon van met name de opstelling van de LHV geven blijk van wantrouwen in de IGZ. Op zichzelf is begrijpelijk dat de artsenorganisaties enige afstand tot de IGZ in acht hebben genomen nu zij nauwelijks over gegevens met betrekking tot de feitelijke toedracht in de zaak Tuitjenhorn beschikten. Daar komt bij dat de LHV een belangenvereniging is en dat haar leden uit de aard der zaak een grote betrokkenheid voelden en de LHV voortdurend met vragen en commentaren over deze zaak benaderden. Niettemin kan de commissie zich niet aan de indruk onttrekken dat de LHV onvoldoende afstand heeft weten te bewaren tot de beeldvorming waarvan in het begin van dit hoofdstuk is gesproken. Daarbij heeft zij zich tot tolk gemaakt van het wantrouwen in de inspectie door zonder dat zij over voldoende gegevens beschikte, direct om een externe evaluatie te vragen en in feite daarin elke stap van de IGZ achteraf getoetst wilde zien in plaats van nader aan te dringen op aanvullende informatie.
De oproep van 18 oktober van de LHV en de KNMG tot het toepassen van het zware middel van een externe evaluatie kan daarom voorbarig worden genoemd.

Hiervóór en in hoofdstuk III is al ingegaan op de vraag welke informatie van de IGZ waarschijnlijk voldoende zou zijn geweest om de gevoelens van onzekerheid en de verontrusting in de beroepsgroep te voorkomen of in ieder geval te verminderen.[85] Overleg tussen het OM en de IGZ over vorm en inhoud van de uitleg over de zaak aan de beroepsgroep was gewenst geweest.

4.5.4 De boodschap komt niet aan

De IGZ bracht in haar persbericht van 18 oktober onder meer naar buiten dat artsen die handelen volgens de geldende richtlijnen zich geen zorgen hoeven te maken en dat patiënten kunnen blijven vertrouwen op de noodzakelijke terminale zorg. Het OM heeft in zijn lijst van Q's en A's laten weten dat "In zijn algemeenheid (...) gezegd [kan] worden dat er geen strafrechtelijk onderzoek wordt ingesteld in gevallen van palliatieve sedatie of euthanasie waarbij de richtlijnen zijn opgevolgd of waarbij slechts in beperkte mate van de richtlijnen is afgeweken".
Zoals eerder vermeld nam de onrust niet af. Integendeel. Dat had er onder meer mee te maken dat de beroepsgroep de boodschap in de genoemde berichten ervoer als een onredelijke beperking van hun medisch handelen. De poging om in eenvoudige termen uit te leggen waardoor het oordeel van de autoriteiten in deze zaak was bepaald, had aldus een averechts effect. Nog steeds bestond in het veld kennelijk de indruk dat de IGZ en het OM alleen maar gefocust waren op de regels, zonder oog

[84] Dat de organisaties een externe evaluatie wilden was de tweede belangrijke reden waarom men niet tot overeenstemming is gekomen voor wat betreft een gezamenlijke benadering van de media.
[85] Zie onder 3.5.3, waar is opgemerkt dat de vermelding van de toegediende doseringen morfine en dormicum naar alle waarschijnlijkheid al voldoende zou zijn geweest om onrust te voorkomen of te beperken.

te hebben voor de uitzonderingen die daarop soms moeten worden gemaakt. Dat blijkt onder meer uit de gehouden interviews en uit uitlatingen van huisartsen in de media naar aanleiding van de zaak Tuitjenhorn die erop neerkwamen dat zij soms geconfronteerd werden met situaties, waarin afwijking van de richtlijnen in het belang van de patiënt geboden was.

Achteraf gezien heeft de IGZ bij verschillende gelegenheden na 8 oktober te weinig informatie naar buiten gebracht of is dat te laat gebeurd. Hierbij moet worden opgemerkt dat in deze laatste fase ook de opstelling van het OM een rol heeft gespeeld. In hoofdstuk III is behandeld wat over het bevel zelf op 4 oktober is gepubliceerd en waarom dat op die manier is gebeurd. De verwachting was dat de vermelding dat het OM was ingeschakeld en het (algemene) beroep op bevindingen uit het strafdossier voldoende zouden zijn om de beroepsgroep ervan te overtuigen dat vanwege de kennelijke ernst van de zaak het optreden van de IGZ gerechtvaardigd was. De publicatie had echter een averechts effect. Er werd juist kritiek geuit op de snelle inschakeling van OM en politie. Na 8 oktober is geen aanvullende informatie naar buiten gebracht, waardoor de onzekerheid en verontrusting in de beroepsgroep toenamen. Toen dat ook tot steeds scherpere kritiek op het AMC leidde, kwam het AMC in actie.

Het is duidelijk dat het AMC, dat het mikpunt was geworden van scherpe en naar zijn oordeel ongefundeerde kritiek, in die periode een groot belang had bij meer openheid over de zaak. Daarop heeft het AMC bij de IGZ dan ook bij herhaling aangedrongen. Vooralsnog heeft het AMC afgewacht welke actie de IGZ zou ondernemen. Na 22 oktober is het in zijn contacten met de pers een andere koers gaan varen.
Het beleid van het AMC was er in eerste instantie op gericht geweest om de anonimiteit van de coassistente te bewaren en vervolgens, toen dat niet mogelijk bleek, haar zoveel mogelijk bij te staan en te beschermen tegen onheus optreden van enkele beroepsgenoten [86] en tegen de pers[87].
In de laatste fase heeft het AMC, dat publicitair steeds meer in het nauw zat, begrijpelijkerwijs, inhoudelijk gereageerd op vragen van de media. Niet meer kan worden nagegaan in hoeverre de afdeling communicatie van het AMC werd geconfronteerd met feiten die de media al uit andere bron te weten waren gekomen en dus ook niet of en zo ja wat zij uit eigen beweging aan details van de zaak naar buiten heeft gebracht.[88]
Zoals eerder vermeld is de verklaring van de coassistente kort daarna bij de Volkskrant terechtgekomen en daarin op 26 oktober gepubliceerd.

Op 24 oktober was zoveel van de feiten bekend geworden dat de IGZ heeft besloten het bevel in zijn geheel openbaar te maken, omdat handhaving van haar op privacyoverwegingen gebaseerde standpunt geen zin meer had. Tegen publicatie van het bevel heeft de huisartsenpraktijk geen bezwaar gemaakt. Wel is verzocht om tegelijk ook de zienswijze van de arts in zijn geheel openbaar te maken. Vastgesteld moet worden dat in het bevel zelf die zienswijze op de relevante punten op

[86] Zo werd zij bij een ziekenhuis waar zij een volgend coassistentschap zou vervullen, geweigerd, waarna het AMC een alternatief heeft gevonden.
[87] Die, nadat haar naam bekend was geworden meermalen heeft getracht haar op haar prive-adres te spreken te krijgen.
[88] Zoals eerder vermeld was het AMC na een gesprek met het OM ervan op de hoogte dat het strafrechtelijk onderzoek niets had opgeleverd dat de verklaring van de coassistente weersprak.

adequate wijze is weergegeven. Gelet daarop kon de IGZ dat verzoek in redelijkheid om de hiervoor onder 4.4 genoemde redenen afwijzen.

4.5.5 Slot

Gebleken is dat tot aan het moment van het overlijden van de huisarts de afdeling communicatie van de IGZ slechts instrumenteel, in uitvoerende zin, bij de communicatie betrokken was. Pas na 8 oktober is die afdeling volledig, ook voor wat betreft de inhoud van de voorlichting, bij het proces betrokken. Maar toen was er door alle emoties die dat overlijden had opgeroepen, de beperkte informatie die tot dan toe naar buiten was gebracht en de ervaren belemmering om meer informatie te verschaffen, sprake van een crisis in de sfeer van de communicatie, die redelijkerwijs niet meer te managen was.
De interne evaluatie van de zaak Tuitjenhorn door de IGZ heeft geleid tot het besluit dat bij een crisis een beleidsteam (met de communicatiemanager) en een operationeel team (met een woordvoerder) worden gevormd. Daardoor wordt de afdeling communicatie vanaf het begin inhoudelijk bij de zaak betrokken en ontstaat naar de mening van de IGZ een betere structuur om met een crisis om te gaan.

Epiloog

Inleiding

De zaak-Tuitjenhorn, waarvan het verloop in dit rapport is gereconstrueerd en becommentarieerd, kan in twee fasen worden verdeeld: de gebeurtenissen voorafgaande aan de suïcide van de huisarts en de gebeurtenissen daarna. In de eerste fase ging het over instanties die een onderzoek instelden naar de gedragingen van een huisarts die mogelijk een ernstig misdrijf opleverden. In deze fase was de arts in de gelegenheid zich te verantwoorden. In de tweede fase werden diezelfde instanties (het Openbaar Ministerie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en ook het AMC) in de publieke meningsvorming om rekenschap gevraagd over hun optreden. De eerste fase behelsde een voor de betrokken instanties relatief gewoon onderzoek naar een mogelijke misstap van een beroepsbeoefenaar. De tweede fase werd gekenmerkt door een grote maatschappelijke onrust, die gepaard ging met veel speculaties en verwijten in het publieke debat omtrent de gebeurtenissen in de eerste fase. Het onderzoek werd in de publieke meningsvorming voorgesteld als een reeks foute beslissingen en misstappen van de instanties die namens de samenleving toezien op de naleving van de wet, en zelfs als een wijze van optreden van overheidsinstellingen waarin de fatale afloop al als een onvermijdelijke uitkomst besloten lag. Uit niets van hetgeen in de voorgaande hoofdstukken werd besproken, is gebleken dat het optreden van de overheidsinstanties als een reeks misstappen kan worden gekwalificeerd, of dat het tot deze uitkomst *moest* leiden. Toch heeft dat beeld zich in de publieke opinie vast gezet.

Om te bezien of aan deze reeks gebeurtenissen, getekend door de diep-tragische afloop, niettemin inzichten kunnen worden ontleend voor een verbeterde handelingspraktijk in de toekomst, worden enkele belangrijke thema's uitgelicht. Daarbij dient men te bedenken dat het hier om één zaak gaat met uitzonderlijke kenmerken die zich op zichzelf niet leent voor verstrekkende aanbevelingen. Wel is het mogelijk om de bevindingen in deze casus in verband te brengen met algemene patronen die in andere onderzoeken, in het bijzonder dat van Sorgdrager,[89] zijn beschreven.

De samenleving en de beroepsgroep

Uit het publieke debat zou men licht de indruk kunnen krijgen dat de medische stand een grote, zo niet maximale handelingsruimte verlangt voor medisch handelen rondom het levenseinde. In werkelijkheid zijn de meeste medici zich er van bewust dat de beroepsmatige vrijheid niet absoluut is. Dat neemt niet weg dat zij veel waarde hechten aan de autonomie van het medisch handelen. De normen en richtlijnen waardoor men zich wil laten leiden zijn de normen en richtlijnen van de medische professie zelf. De toetsing van het medisch handelen aan die normen en richtlijnen komt toe aan andere beroepsbeoefenaren, bij voorkeur in een 'collegiaal overleg'. Nu is dit op zichzelf niet heel bijzonder. Bij andere professies (zoals het notariaat en de advocatuur maar ook de leerkrachten

[89] W. Sorgdrager, *Van incident naar effectief toezicht. Onderzoek naar de afhandeling van dossiers over meldingen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*, november 2012.

in verschillende vormen van onderwijs) vindt men evenzeer een grote hang naar autonomie. Die autonomie is niet alleen gewenst door de beroepsbeoefenaren, maar ook vereist voor een goede uitoefening van het beroep. Kennis, kunde, inzicht en beroepsnormen dienen bepalend te zijn voor de dagelijkse uitoefening van het beroep. Steeds moet de beroepsbeoefenaar in staat zijn in concrete gevallen naar beste inzicht al die kennis en kunde toe te passen. Dat verdraagt zich niet goed met knellende regels en als lastig ervaren pottenkijkers. De samenleving laat de medische professie dan ook terecht een grote mate van autonomie. De wettelijke regels waaraan het medisch handelen moet voldoen zijn veelal ruim geformuleerde open normen, die door de beroepsgroep zelf verder worden ingevuld. De toezichthouder, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, stimuleert het intercollegiale overleg als primair correctiemechanisme op de werkvloer. Met toezicht hebben juist huisartsen weinig te maken. Anders dan de ziekenhuizen zien huisartsen zelden of nooit een inspecteur van de IGZ in hun praktijk. Zelfs als de Inspectie meer zou willen, dan ontbeert men eenvoudig de capaciteit: voor het toezicht op ongeveer elfduizend huisartsen zijn ongeveer acht inspecteurs beschikbaar.[90] De Inspectie reageert vooral op incidenten. In 2013 werden op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg 1040 incidenten gemeld en onderzocht. Kortom, de huisartsgeneeskunde geniet praktisch gesproken een grote mate van autonomie. Toch zijn er grenzen aan die autonomie, namelijk daar waar de samenleving eisen stelt en verantwoording verlangt. Die grenzen zijn vastgelegd in regelgeving en jurisprudentie en worden bewaakt door de Inspectie en onder omstandigheden door het OM. De medische professie bevindt zich niet in een rechts*vrije* ruimte. Het kan gebeuren dat het medisch domein vanuit de samenleving betreden wordt, dat een beroepsbeoefenaar niet door een collega, maar vanuit of namens de samenleving om rekenschap wordt gevraagd over de kwaliteit van het medisch handelen – door een inspecteur van de IGZ of door een opsporingsambtenaar namens het Openbaar Ministerie. Dan gaat het bijvoorbeeld om het ernstig disfunctioneren van een beroepsbeoefenaar of om ernstige medische fouten.

Beroepsbeoefenaren zijn zich er doorgaans van bewust dat het recht beperkingen stelt aan hun beroepsmatige autonomie. Als echter in een concrete zaak het toezicht of het strafrecht wordt geactiveerd komt dat voor velen als een schok. De mate waarin hangt sterk af van de gebeurtenis en de context. Het komt elk jaar wel een keer voor dat de IGZ een huisarts verbiedt om praktijk uit te oefenen, meestal in afwachting van een uitspraak van de tuchtrechter. Gaat het bijvoorbeeld om een arts die de eigen praktijk ernstig verwaarloost dan zal zo'n ingreep van de overheid weinig rimpelingen veroorzaken. Datzelfde geldt voor de huisarts die met de strafrechter te maken krijgt omdat zijn behandeling feitelijk neerkomt op seksueel misbruik. Controle namens de samenleving op het medisch handelen van huisartsen in de laatste levensfase daarentegen ligt uiterst gevoelig – zo bleek ook in het geval-Tuitjenhorn. Sommige huisartsen lijken voor dat deel van hun beroepsbeoefening een rechtsvrije ruimte te eisen. Zij vinden dat de strafrechter niet in de laatste levensfase thuishoort. De meeste huisartsen zijn er daarentegen voorstander van dat euthanasie in het strafrecht geregeld blijft.

[90] Nauwkeuriger: voor het programma Eerstelijns gezondheidszorg werkten in 2012 vierentwintig inspecteurs en acht ondersteuners. Cijfers ontleend aan Koos van der Steenhoven, *DOORPAKKEN! Organisatieonderzoek naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg* ABD 2012. Het programma Eerstelijnszorg omvat meer dan alleen het toezicht op huisartsen.

Echter, het strafrecht trekt juist ook voor wat betreft het medisch handelen in de laatste levensfase een grens, een grens tussen medisch verantwoord levensbeëindigend handelen en het begaan van een levensdelict. Die grens is niet alleen gefundeerd in het Nederlandse recht, maar ook in internationale verdragen. Meer concreet is zij uitgewerkt in onder meer de Nederlandse euthanasiewetgeving en in de professionele richtlijnen inzake palliatieve sedatie. In alle gevallen staat zorgvuldig overleg tussen de arts en de patiënt, al dan niet met nabije naasten, voorop. Deze regels zijn de uitkomst van een langdurig maatschappelijk debat, en zij vertegenwoordigen een belangrijke maatschappelijke verworvenheid. Het is in het belang van allen, van de medische professie, van de patiënten en van de samenleving als geheel, dat de aldus getrokken grenzen worden gerespecteerd. Het is de plicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om die grenzen te bewaken. Het is de taak van het Openbaar Ministerie om vergaand strafbaar overschrijden van die grens zo nodig te vervolgen.

Er is nog een andere, meer subtiele manier waarop de beroepsbeoefenaren zich kunnen verweren tegen interventie door de buitenwereld, subtieler dan de directe afwijzing van maatschappelijke inmenging in de beroepsuitoefening. Dat is een oneigenlijk beroep op collegiaal overleg. De meeste artsen zullen zelf nooit naar een instantie als de IGZ stappen zonder een veronderstelde misstap eerst met de collega in kwestie te bespreken. Zo bezien zou collegiaal overleg onder alle omstandigheden moeten prevaleren boven betrokkenheid van 'externe instanties'. Inderdaad, collegiaal overleg is onmisbaar voor het lerend en zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep. Gezaghebbende beroepsbeoefenaren menen dat er juist nog vaak te weinig terecht komt van dat collegiaal overleg, ook onder huisartsen. De wenselijkheid dat artsen zich toetsbaar opstellen tegenover hun collega's, is nog lang niet overal werkelijkheid. Er is echter een grens aan wat collegiaal overleg vermag. Collegiaal overleg is er voor het bespreekbaar maken van fouten in het medisch handelen, niet voor het bespreken van ernstige strafbare feiten. Indien het handelen van een collega een flagrante strafbare schending is van wettelijke normen, is dat collegiaal overleg niet alleen zinloos is maar zelfs schadelijk. Zinloos omdat dat overleg in zo'n geval niet tot de vereiste waarheidsvinding kan leiden. Schadelijk omdat zulk contact die waarheidsvinding kan belemmeren, indien de betrokken collega niet te goeder trouw is en niet geneigd is zich toetsbaar op te stellen. In geval van een mogelijk levensdelict is het maatschappelijke belang van een goede opsporing in het geding. Sommige artsen hebben in dit verband tegenover de commissie verklaard dat zij niet over opsporing gaan, daarmee aangevend dat het opsporingsbelang hun verantwoordelijkheid niet is. Daarmee wordt aan het maatschappelijk belang van de waarheidsvinding tekortgedaan doordat op de koop toe wordt genomen dat bewijsmateriaal verloren gaat en de waarheid wordt verdoezeld. Dit is een belang dat ook de kwaliteit van de gezondheidszorg raakt. Immers, slechts wanneer is vastgesteld of en zo ja waarom zo'n ernstige misdraging heeft plaatsgevonden en daarvoor verantwoording is afgelegd, is het mogelijk daarvan te leren en herhaling te voorkomen. Een arts kan zich niet aan deze maatschappelijke verantwoordelijkheid onttrekken omdat het vermoedelijke delict gepleegd is door een beroepsgenoot bij de uitoefening van de medische professie.

De IGZ in het speelveld van belangen

De Inspectie ziet zich vaak geplaatst voor de opgave op te treden in situaties, waarin zij aan een veelheid van ongelijksoortige en tegenstrijdige belangen recht moet doen. Dat was zeker ook het geval in de casus-Tuitjenhorn. Tenminste drie complexen van belangen zijn aan te wijzen: de samenleving als geheel, patiënten, zowel individuen als in georganiseerd verband, en beroepsbeoefenaren, eveneens als individu en in allerlei georganiseerde verbanden. Tussen al deze belangen dient de Inspectie steeds een koers te bepalen en vervolgens koersvast te opereren. Over een langere periode bezien – tussen 1995 en heden - is de koers aanmerkelijk verlegd, niet alleen door de Inspectie zelf, maar vooral ook door de politieke leiding (de minister en daarachter de Kamer) en onder druk van de publieke opinie. Tot 1995 was de Inspectie vooral een medische organisatie: artsen die hun collega-artsen beoordeelden en adviseerden. Men zou kunnen zeggen dat de Inspectie toen meer van de professie was dan van de samenleving. In de daarop volgende tien jaar veranderde dat langzaam. Vanaf 2005 luidde de missie: 'bijdragen aan de zorg". In 2012 werd die missie "naleving bevorderen, gezondheidsschade beperken" en daarmee was de Inspectie duidelijk vàn de samenleving en als het ware tegenover de professie gepositioneerd. Nog niet voldoende, volgens recente evaluaties. Zo vond Sorgdrager dat de IGZ nog te terughoudend optrad bij vermoedelijk disfunctioneren van medische beroepsbeoefenaren.[91] Inmiddels treedt de IGZ bij disfunctioneren naar eigen zeggen sneller 'met het IGZ-repertoire van handhavingsinstrumenten op'.[92]

De ervaringen rond 'Tuitjenhorn' doen de vraag rijzen of met de bovengeschetste koersverlegging de belangen van de medische professie niet in het gedrang zijn gekomen. Dat wil niet zeggen dat de IGZ weer terug zou moeten naar de oude tijden waarin de Inspectie een instituut van de professie was en zich vooral toelegde op advies aan de leden van de beroepsgroep . De positionering als toezichthouder namens de samenleving en tegenover de instellingen en beroepsbeoefenaren in de zorg is juist. Voor een effectieve en vooral preventieve toezichtsuitoefening is het echter van belang dat de relaties met het veld zorgvuldig worden onderhouden. Daarin zijn in elk geval twee elementen van belang: gezag en vertrouwen. Zoals elke toezichthouder dient de IGZ gezaghebbend te zijn in de toezichtsdomeinen waarin zij opereert.[93] Op grond van de casus Tuitjenhorn valt te constateren dat het de Inspectie *in deze casus* op sommige cruciale momenten ontbrak aan een gezaghebbende positie onder de beroepsbeoefenaren, met name de huisartsen. Een toezichthouder kan alleen maar gezaghebbend zijn als in het toezichtsdomein het vertrouwen bestaat dat de toezichthouder over de kennis en kunde beschikt om adequaat op te treden. Wellicht nog belangrijker: de toezichthouder dient het vertrouwen te genieten dat zij optreedt, niet alleen in het belang van de samenleving en van de patiënten, maar uiteindelijk ook in het belang van de professie zelf. De IGZ heeft in verschillende toezichtsdomeinen hard gewerkt om dat vertrouwen op te bouwen, onder meer door

[91] Sorgdrager p. 45. Elders, op p. 61, meldt het rapport: "De ambitie om in het bijzonder sneller en gerichter disfunctionerende beroepsbeoefenaren aan te pakken vergt dat de IGZ de huidige terughoudendheid om hiervoor het handhavingsinstrumentarium in te zetten, laat varen".

[92] Idem.

[93] WRR, *Toezien op publieke belangen. Naar een verruimd perspectief op rijkstoezicht*. WRR-rapport nr. 89, Den Haag 2014. Ook Sorgdrager onderstreept het belang van de autoriteit uitstralende toezichthouder. Zij signaleert dat de Inspectie nog niet altijd het gezag heeft dat vereist is voor effectief optreden (p. 57-58).

conferenties over normering gekoppeld aan thema-gericht toezicht.[94] Uit de spanningen tussen de IGZ en de (organisaties van) huisartsen in de casus Tuitjenhorn zou men kunnen opmaken dat de IGZ voor wat betreft het domein eerstelijnszorg nog enig opbouwwerk te doen staat, vooral waar het gaat over het gevoelige onderwerp van begeleiding van patienten in de laatste levensfase.

Het verdient aanbeveling dat de IGZ grondig investeert in de relatie met de doelgroep van huisartsen, opdat er wederkerig een basis van vertrouwen ontstaat waarin het gezag van de Inspectie is geaccepteerd. Dat vergt ook investeringen van de beroepsgroep zelf.

Het werk van de IGZ wordt volgens sommigen gecompliceerd door het gegeven dat men met open normen moet werken. "De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan", zo luidt de eerste zin van artikel 2 Kwaliteitswet Zorginstellingen. Verantwoorde zorg is de norm waaraan het gehele functioneren van zorginstellingen getoetst moet worden, tot en met het (dis)functioneren van individuele zorgverleners. Sommige medewerkers van de IGZ vinden dat de wetgever het de Inspectie met deze open normstelling niet gemakkelijk heeft gemaakt. Ook in de casus Tuitjenhorn lijkt het niet gemakkelijk te zijn geweest om tot een oordeel op maat over mogelijk disfunctioneren te komen. Toch is de oplossing om de norm verder door de wetgever te laten invullen weinig gelukkig. Werken met open normen is moeilijk, maar het levert maatwerk op. Degenen die de norm ad hoc invullen dienen daarvoor goed opgeleid te zijn. Het besluitvormingsproces in de organisatie als geheel dient er op afgestemd te zijn. Anders gezegd, om goed met open normen te kunnen werken is hooggekwalificeerd personeel en een hooggekwalificeerde organisatie een eerste vereiste.

Het verdient aanbeveling om de competenties binnen de IGZ om de open norm van de Kwaliteitswet steeds op maat in te vullen, (verder) te ontwikkelen.

De spanningen tussen de IGZ en de huisartsen in het geval Tuitjenhorn zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan gebrek aan gezag en vertrouwen. Zelfs met voldoende gezag en vertrouwen zou het veel communicatieve vaardigheden van de Inspectie hebben gevergd om de onrust in het toezichtsdomein af te wenden. Uit de reconstructie in hoofdstuk 4 van het onderhavige rapport valt op te maken dat de IGZ niet steeds die communicatieve vaardigheden in stelling wist te brengen die nodig waren om de beeldvorming in het publieke debat adequaat tegemoet te treden. Sorgdrager concludeerde indertijd onder meer dat de IGZ geen expliciete aanpak heeft "om aan gezag en vertrouwen te bouwen wanneer de media zaken agenderen en aan kritiek onderwerpen".[95] Deze observatie geldt tot op zekere hoogte ook voor de casus-Tuitjenhorn. In elk geval is een van de suggesties van Sorgdrager in dit geval niet echt gevolgd: de IGZ zou "vanaf het begin, wanneer een melding binnenkomt of een bericht in de media verschijnt, een gevoel moeten ontwikkelen of het mogelijk kan gaan om een inhoudelijk of publicitair gevoelig probleem".[96] Zo is de afdeling

---

[94] "Op deze manier vindt er terugkoppeling plaats door de professionals die met de normen te maken krijgen. Juist door hiernaar te luisteren en waar mogelijk hiermee rekening te houden kan de IGZ met meer gezag ingrijpen op het moment dat professionals niet aan de normen voldoen en is de kans groter dat de professionals uit zichzelf aan die normen voldoen". WRR 2014, p. 131.

[95] Sorgdrager 2014, p. 48.

[96] Sorgdrager 2014, p. 63. De kabinetsreactie op dit advies luidt als volgt: "Het uitgangspunt is dat de communicatiestrategie van de IGZ er op gericht is om het vertrouwen in het toezicht te versterken en daarmee het vertrouwen in een goed functionerend zorgsysteem. Om deze strategie goed te kunnen voeren, zullen de huidige communicatiemiddelen worden verbeterd en uitgebreid. Via verschillende media zal een duidelijke en

Communicatie pas na het overlijden van de huisarts actief inhoudelijk betrokken geraakt. Weliswaar heeft het verloop van de gebeurtenissen door de suïcide van de huisarts een onvoorzien dramatische wending genomen, maar ook zonder dat zouden bemoeienissen met medisch handelen in de laatste levensfase veel extra communicatie en uitleg vergen. Bij een zo gevoelige zaak had de afdeling Communicatie vanaf het begin volledig inhoudelijk betrokken moeten worden.

Het verdient aanbeveling dat de IGZ de kennis en vaardigheden op het terrein van communicatie in de organisatie te versterken en om meer effectieve handelwijzen te ontwikkelen voor de omgang met de media.

Bestuurlijk en strafrechtelijk optreden: afstemming

In allerlei delen van de samenleving komt het regelmatig voor dat een gebeurtenis zowel om bestuursrechtelijk optreden van een toezichthouder vraagt als om strafrechtelijk optreden van politie en openbaar ministerie. Strafrechtelijk optreden is gericht op het bestraffen van een delict en zoekt naar een zo nauwkeurig mogelijke reconstructie van hetgeen in het verleden is geschied. Bestuursrechtelijk optreden is gericht op herstel en op het voorkomen van herhaling en zoekt naar gegevens die wijzen op een risico van herhaling. In de onderlinge verhouding tussen toezicht en opsporing kunnen zich zowel formeel-juridisch als ook feitelijk allerlei problemen voor doen. Eén probleem is het recht van voorrang. Vanuit strafrechtelijk perspectief is het noodzaak om een situatie als het ware te bevriezen, teneinde zoveel mogelijk van de toedracht te kunnen reconstrueren. Vanuit bestuursrechtelijk oogpunt kan snel handelen geboden zijn – hetgeen het bevriezen van de situatie kan doorkruisen.

Om tegenstrijdig handelen en conflicten te voorkomen heeft het OM met allerlei toezichthoudende instanties convenanten afgesloten omtrent de onderlinge afstemming van het toezichtsonderzoek en het opsporingsonderzoek. Zo ook met de IGZ voor het terrein van de gezondheidszorg. Zoals in de casus Tuitjenhorn naar voren komt behelst dit convenant de afspraak dat in daarvoor geïndiceerde gevallen het strafrechtelijk onderzoek voorrang heeft boven het toezichtsonderzoek. In Tuitjenhorn leidde dat tot de situatie dat de Inspectie een aantal weken heeft moeten wachten alvorens een eigen onderzoek te kunnen starten. Weliswaar kwam toen het strafdossier voor de Inspectie beschikbaar, maar een strafdossier is zoals gezegd gericht op een toedracht in het verleden en niet specifiek op aanwijzingen voor mogelijke risico's in de toekomst. Een andere vorm van afstemming is in de fase van het onderzoek van zaken van deze aard trouwens moeilijk denkbaar.

Opvallend is dat het afstemmingsprotocol zich beperkt tot de fase van het onderzoek. De opstellers zijn er kennelijk van uit gegaan dat de beide instanties elkaar in de daarop volgende fasen nauwelijks nog in de wielen kunnen rijden. Dat zou zo kunnen zijn, maar afstemming kan ook betekenen dat men elkaar steunt en elkaars optreden versterkt. In de casus Tuitjenhorn ontbrak het achteraf gezien aan afstemming op het vlak van communicatie met de samenleving en met de beroepsgroep over de aard en de resultaten van de ingestelde onderzoekingen. Dit wordt uitvoeriger besproken in hoofdstuk 4. Afstemming ontbrak ook waar het de op toekomstige risico's te treffen maatregelen

---

transparante woordvoering plaatsvinden, waarbij de nadruk ligt op het vergroten van de zichtbaarheid van de handhavingsactiviteiten van de IGZ". Brief van de minister van VWS van 15 februari 2013 betreffende de Kabinetsreactie onderzoeksrapporten IGZ.

betrof. Beide instanties bereidden los van elkaar een maatregel voor om de huisarts tijdelijk te verhinderen zijn beroep geheel (IGZ) of gedeeltelijk (OM) uit te oefenen. Een enkele maatregel was in deze omstandigheden al ingrijpend genoeg; twee gelijksoortige maatregelen was zeker teveel van het goede. Afstemming zou dit hebben kunnen voorkomen.

Gegeven deze ervaringen verdient het aanbeveling om het Samenwerkingsprotocol uit te breiden met voorzieningen voor eventuele afstemming in de fasen nà het strafrechtelijk opsporingsonderzoek. Een dergelijke regeling zou zich kunnen beperken tot een procedurele afspraak voor het onderhouden van verdere contacten, een wederzijdse informatieplicht en een verbintenis om zich voordoende problemen gezamenlijk aan te pakken.

Transparantie en privacy – de driehoek van belangen bij openbaarheid

Zoals eerder opgemerkt opereert de IGZ in een driehoek van belangen: die van de samenleving als geheel, die van (groepen van) patienten en die van (groepen van) zorgverleners. De mogelijke belangentegenstellingen die dat oplevert en waartussen de IGZ een koers moet uitzetten kwamen in de zaak Tuitjenhorn naar voren rond de kwestie van transparantie, en meer in het bijzonder ten aanzien van de openbaarmaking van het bevel van de IGZ (zie hoofdstuk 3). De belangen lagen hier duidelijk gespreid. De samenleving als geheel verlangde steeds een zo groot mogelijke transparantie over het optreden van de IGZ. De huisarts, de beroepsbeoefenaar ten aanzien van wie een vermoeden van disfunctioneren bestond, was er bij gebaat dat het bevel niet openbaar gemaakt zou worden. De beroepsgroep van artsen had er belang bij om – gegeven een besluit tot publicatie – zoveel mogelijk over de onderzoekingen jegens de huisarts te weten, om de onzekerheid in eigen gelederen over hun handelen in de terminale fase te verminderen. Tegelijkertijd wilde men de privacy van de huisarts respecteren. Het belang van de patiënten in het algemeen was er, althans volgens de IGZ, mee gediend dat het bevel gepubliceerd zou worden. Het belang van (de familie van) de overleden patiënt vergde een grote mate van terughoudendheid bij openbaarmaking. Omdat men onderkende dat het privacy belang van de arts en van de patiënt zwaar moest wegen besloot men aanvankelijk tot beperkte openbaarmaking van het bevel – achteraf gezien waarschijnlijk de minst gelukkige van de beschikbare keuzen.

De spanning tussen de drie complexen van belangen is voor de IGZ een onvermijdelijk gegeven, een kenmerk van het landschap waarin de Inspectie opereert. Voor zover uit deze gebeurtenissen al lessen kunnen worden getrokken, dan wellicht deze dat transparantie niet alles zaligmakend is. Het kan onder omstandigheden zinvol zijn dat een optreden van de Inspectie niet of niet meteen openbaar wordt. In de samenleving weerklinkt van tijd tot tijd de roep tot (een meer) volledige actieve openbaarheid van de handel en wandel van toezichthouders. De ervaringen in een casus als deze wijzen er op dat het prudent kan zijn om de Inspectie de volle ruimte te laten de verschillende in het geding zijnde belangen tegen elkaar af te wegen, ook indien het om de openbaarmaking van maatregelen gaat.

Tot slot

Het geval Tuitjenhorn betreft een ongewone en complexe samenloop van gebeurtenissen en keuzen. De commissie is er zich van bewust dat de betrokken instanties voor moeilijke afwegingen hebben gestaan. Ondanks het buitengewone karakter van deze casus zijn er naar het oordeel van de commissie voor de toekomst lessen te trekken. Het is nu aan het veld om deze lessen in praktijk te brengen.

Lijst van geïnterviewde personen

Organisatie	Functie[97]
AMC	De coördinator coschap Huisartsgeneeskunde
	De hoogleraar Medische Ethiek
	De medisch directeur
	Het Hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde
	Een lid van de Raad van Bestuur
OM	De zaaksofficier van Justitie van het parket Noord-Holland
	Een woordvoerder van het OM, parket Noord-Holland
	De Hoofdofficier van Justitie van het parket Noord-Holland
	Het voormalige teamhoofd Expertisecentrum Medische Zaken
IGZ	Het Hoofd opsporing
	De programmadirecteur Eerstelijnszorg
	De beide betrokken coördinerend specialistisch senior inspecteurs Eerstelijnszorg
	De betrokken Senior adviseur Juridische Zaken
	De domeinsecretaris curatieve gezondheidszorg
	Het Hoofd voorlichting en communicatie
	Het Hoofd Juridische Zaken
	De betrokken voormalig Hoofdinspecteur
VPH	Secretaris en bestuurslid
LHV	Bestuurslid en de algemeen directeur
NHG	Het Hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid
InEen	Bestuurslid en programmanager
KNMG	Voorzitter
Ministerie van VWS	Het betrokken MT-lid van de directie Curatieve Zorg
	De betrokken voormalig waarnemend DG curatieve Zorg
	De Secretaris-Generaal (tevens voormalig DG curatieve Zorg)
GGZ Noord-Holland – Noord	Geneesheer directeur
VUmc	Het Hoofd afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde
Overig	De weduwe van de huisarts
	De coassistente

[97] Het betreft de functie ten tijde van het interview.

STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 20214
18 juli
2014

Besluit van de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 juli 2014, nr. 531399, houdende instelling van de Evaluatiecommissie Tuitjenhorn

De Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 2 van de Wet vergoedingen adviescolleges en commissies;

Besluiten:

Artikel 1. Begripsbepalingen

In dit besluit wordt verstaan onder:
a. *ministers:* Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
b. *commissie:* commissie, bedoeld in artikel 2, eerste lid.

Artikel 2. Instelling en taak

1. Er is een Evaluatiecommissie Tuitjenhorn, hierna te noemen: de commisie.

2. De commissie heeft tot taak de handelwijze in de casus Tuitjenhorn te evalueren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Openbaar Ministerie, de politie, het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en andere organisaties die betrokken zijn bij de casus Tuitjenhorn. De evaluatie heeft tot doel te bezien of voor de toekomst geleerd kan worden van de wijze waarop gehandeld is in deze casus, met het oog op de impact van gebeurtenissen als deze voor de medische wereld en de samenleving.

3. Ter uitvoering van haar taak:
   a. beschrijft de commissie het feitelijk handelen van de organisaties, bedoeld in het tweede lid;
   b. evalueert de commissie of dit handelen binnen de daarvoor geldende kaders valt;
   c. beziet de commissie of, gegeven de geldende kaders, op andere wijze gehandeld had kunnen worden;
   d. analyseert de commissie hoe de communicatie tussen de organisaties onderling en van de organisaties met derden in de verschillende fasen in de tijd heeft plaatsgevonden.

4. Bij de uitvoering van haar taak houdt de commissie waar nodig rekening met juridische procedures waarbij een organisatie, bedoeld in het tweede lid, betrokken kan zijn.

5. De commissie stelt haar eigen werkwijze vast.

6. De commissie rapporteert uiterlijk 31 januari 2015 over haar werkzaamheden aan de ministers.

7. Na het uitbrengen van het rapport is de commissie ontbonden.

Artikel 3. Samenstelling, benoeming, ontslag

1. De commissie bestaat uit:
   a. mr. C.J.G. Bleichrodt te Voorburg, tevens voorzitter;
   b. prof. dr. J. de Ridder te Groningen;
   c. prof. dr. A.L.M Lagro-Janssen te Nijmegen.

2. De voorzitter en overige leden van de commissie kunnen worden geschorst en ontslagen door de ministers. Bij tussentijds vertrek van de voorzitter of een ander lid kunnen de ministers een andere voorzitter, onderscheidenlijk een ander lid, benoemen. De ministers kunnen ten hoogste twee andere leden benoemen indien de werkzaamheden daartoe nopen.

3. De benoeming geschiedt voor de duur van de commissie.

Artikel 4. Secretariaat

1. De commissie wordt ondersteund door een secretariaat.

2. Het secretariaat is voor de inhoudelijke uitvoering van zijn taak uitsluitend verantwoording schuldig aan de voorzitter van de commissie.

3. In het secretariaat wordt voorzien door de Minister van Veiligheid en Justitie.

4. De commissie kan zich voorts laten ondersteunen door personen en instanties die zij nodig acht voor de uitvoering van haar taak.

5. De ministers dragen, na overleg met de commissie, zorg voor de nodige voorzieningen ten behoeve van de werkzaamheden van de commissie.

Artikel 5. Inwinnen van inlichtingen

1. De leden van de commissie kunnen zich onder meer voor het inwinnen van inlichtingen rechtstreeks wenden tot alle instanties en personen die aan het uitvoeren van haar taak kunnen bijdragen.

2. De commissie en het secretariaat gaan vertrouwelijk om met de informatie die zij in het kader van de evaluatie ontvangen. De commissie maakt uitsluitend het in artikel 2, zesde lid, bedoelde rapport openbaar.

3. De commissie stelt een protocol vast over de wijze waarop zij de evaluatie uitvoert.

4. De commissie verstrekt aan de ministers desgevraagd de door de ministers gewenste inlichtingen.

Artikel 6. Vergoeding

De voorzitter en de andere leden ontvangen een vaste vergoeding per maand. De toepasselijke salarisschaal voor de voorzitter en de andere leden is schaal 18 van bijlage B van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984. De arbeidsduurfactor voor de voorzitter en de andere leden is 2/36.

Artikel 7. Archiefbescheiden

1. De archiefbescheiden van de commissie, voor zover niet afkomstig van de in artikel 2, tweede lid bedoelde organisaties, worden na afloop van het evaluatie overgebracht naar het archief van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

2. Het beheer van de archiefbescheiden vindt plaats met inachtneming van de door commissie in haar protocol aangegeven vertrouwelijkheid.

Artikel 8. Inwerkingtreding

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst.

Artikel 9. Citeertitel

Dit besluit wordt aangehaald als: Instellingsbesluit evaluatiecommissie Tuitjenhorn.

Dit besluit zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

's-Gravenhage, 7 juli 2014

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I.W. Opstelten

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

TOELICHTING

Op 23 augustus 2013 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een melding gekregen inzake het overlijden van een patiënt van huisartsenpraktijk Tuitjenhorn. Dat was de start van een casus waarover veel discussie is gevoerd en die tot ophef en maatschappelijke onrust heeft geleid. Naar aanleiding van de gebeurtenissen is gesproken over het handelen van de IGZ en het Openbaar Ministerie (OM). Dit heeft onder andere bij huisartsen geleid tot onzekerheid over het beleid ten aanzien van palliatieve sedatie en euthanasie en het toezicht daarop en mede tengevolge daarvan tot gevoelens van bezorgdheid bij patiënten en anderen die zich bij deze materie betrokken weten.

Bij brief van 12 november 2013 (Kamerstukken II 2013/14, 32 647, nr. 18) hebben de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Veiligheid en Justitie daarom aangekondigd een onafhankelijke evaluatie uit te laten voeren naar de wijze van handelen van alle betrokken organisaties in de casus Tuitjenhorn. Met het onderhavige besluit is hiertoe een evaluatiecommissie ingesteld. De evaluatie betreft niet alleen het optreden van de IGZ en het OM, maar ook van andere betrokken (overheids)organisaties waaronder het Academisch Medisch Centrum (AMC), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

De evaluatie heeft tot doel om te bezien of voor de toekomst geleerd kan worden van de wijze waarop gehandeld is in deze casus, mede gelet op de impact van gebeurtenissen als deze voor de medische wereld en de samenleving. Bij de evaluatie staat centraal de vraag hoe de betrokken organisaties hebben gehandeld en konden handelen binnen de kaders die op dat handelen van toepassing zijn, zoals wettelijke voorschriften, vastgestelde richtlijnen en gevoerd beleid. Een bijzonder aandachtspunt is de communicatie en afstemming van het beleid tussen de betrokken organisaties alsmede -gelet op de maatschappelijke onrust- de communicatie met media en anderen. Hierbij maakt de commissie onderscheid tussen de verschillende fasen in de tijd, van de eerste melding bij IGZ tot en met heden. De commissie wordt onder meer gevraagd het feitelijk handelen van betrokkenen te beschouwen in het licht van de toepasselijke kaders waaronder de toepasselijke wettelijke voorschriften en te evalueren of dit handelen binnen deze kaders valt. De vraag of bepaalde handelingen binnen de daarvoor geldende kaders vallen, kan mogelijk ook onderwerp van een juridisch geschil worden waarin een betrokken organisatie partij kan zijn. De evaluatiecommissie zal hier bij de uitvoering van haar taak rekening mee houden. Dit kan betekenen dat de evaluatiecommissie hangende een procedure op onderdelen volstaat met het beschrijven van de feitelijke gang van zaken. De wettelijke kaders dienen in zoverre meer als achtergrond waartegen het handelen van betrokkenen wordt geëvalueerd dan als onderwerp van evaluatie.

De evaluatiecommissie heeft een secretariaat ter beschikking. Ook overigens worden de benodigde voorzieningen beschikbaar gesteld. De commissie bepaalt haar eigen werkwijze en stelt daarvoor een protocol op.

De evaluatiecommissie benadert zelfstandig degenen waarvan zij medewerking aan de evaluatie nodig acht. Op die wijze kan de commissie inlichtingen verkrijgen. De IGZ en het OM zijn bereid alle relevante documenten aan de commissie te overleggen. Aangezien deze documenten (medische) persoonsgegevens van derden en strafrechtelijke gegevens kunnen bevatten, is het van groot belang dat bij de uitvoering van de evaluatie is voorzien in zodanige waarborgen dat de persoonlijke levenssfeer van die derden niet onevenredig wordt geschaad. Om die reden zullen de ministers een gedragscode opstellen waaraan de leden van de commissie, de secretaris en andere personen die betrokken worden bij de werkzaamheden van de commissie en in dat kader inzage kunnen krijgen in de documenten die persoonsgegevens bevatten, zich dienen te houden. In de gedragscode worden in ieder geval bepalingen opgenomen die waarborgen dat de noodzakelijke vertrouwelijkheid en geheimhouding worden betracht.

De vergoeding voor de voorzitter en leden van de commissie is in overeenstemming met de Wet vergoedingen adviescolleges en commissies en het daarop gebaseerde uitvoeringsbesluit. Gezien de aard van de werkzaamheden is gekozen voor een vaste vergoeding per maand. De voorzitter en de leden ontvangen een gelijke vergoeding. De evaluatiecommissie zal uiterlijk 31 januari 2015 haar resultaten opleveren en houdt daarmee op te bestaan. Na ontvangst van het rapport zullen de ministers een standpunt voorbereiden en dit ter kennis brengen van de Tweede Kamer.

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I.W. Opstelten

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Aangetekend, per gewone post en per e-mail

Vertrouwelijk
Huisartsenpraktijk Tuitjenhorn

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 030 233 87 87
F 030 232 19 12
www.igz.nl

Datum 2 oktober 2013
Onderwerp **Bevel ex artikel 8 Kwaliteitswet zorginstellingen**

Geachte heer, mevrouw,

Bij brief van 27 september j.l., per mail en per post aan u verzonden, en op donderdag 26 september j.l. vooraf telefonisch bij het kantoor van uw advocaat aangekondigd, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) u geïnformeerd over haar voornemen tot het geven van een bevel ex artikel 8, vierde lid, Kwaliteitswet zorginstellingen. Met deze brief geeft de inspectie gevolg aan haar voornemen en geeft zij u een bevel op grond van artikel 8, vierde lid, Kwaliteitswet zorginstellingen.

Dit bevel houdt in dat:
De in de Huisartsenpraktijk Tuitjenhorn werkzame huisarts geen zorg meer in de huisartsenpraktijk verleent noch anderszins betrokken is bij de (organisatie van) de individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk enzal gelden tot het moment dat de door de huisarts te verlenen zorg en zijn anderszins betrokkenheid bij de (organisatie van de) individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk naar de mening van de inspectie aantoonbaar voldoen aan de voorwaarden van verantwoorde zorgverlening, zoals omschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Zienswijze
Met het oog op een zorgvuldige besluitvorming en met toepassing van artikel 4:8 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), heb ik u in de gelegenheid gesteld een zienswijze te geven over het voornemen. Van deze mogelijkheid heeft u gebruik gemaakt.

Bij brief van 30 september 2013 heeft uw advocaat namens u - samengevat - het volgende naar voren gebracht:
- Huisarts (verder: de huisarts) is op dit moment wegens ziekte niet als huisarts werkzaam. De huisarts heeft eerder de inspectie laten weten dat hij de inspectie zal informeren indien hij weer aan het werk gaat. Daardoor is het (voorgenomen) bevel disproportioneel.
- De voor zienswijze gestelde termijn is disproportioneel.
- De huisarts heeft niet kunnen reageren op het (aan het voorgenomen bevel ten grondslag liggende) procesdossier van het Openbaar Ministerie omdat hij dat nog maar recent heeft gekregen. Daarmee is (de grondslag van) het bevel onzorgvuldig.

- De door de huisarts naar voren gebrachte onjuistheden in de bevindingen brengen met zich mee dat het voorgenomen bevel geen c.q. onvoldoende (rechtmatige) grondslag heeft. Deze worden voor zover relevant, hierna apart vermeld.
- De huisarts ziet in dat hij onverstandig heeft gehandeld en zich teveel heeft laten leiden door zijn primaire impuls, namelijk om de patiënt zo snel als mogelijk pijn- en benauwdheidsvrij te krijgen.
- De huisarts onderschrijft niet dat hij de essentiële compententies als huisarts mist en dat de patiëntveiligheid in gevaar is.
- De huisarts verzoekt om het voorgenomen bevel en de daarmee gepaard gaande openbaarheid niet te effectueren, mede gezien de schadelijke effecten voor de huisarts en zijn praktijk.

De door u ingebrachte zienswijze geeft voor de inspectie onvoldoende aanleiding om haar (eind)conclusie in essentie aan te passen. Het gegeven dat de huisarts op dit moment ziek is, geeft geen borging voor de kwaliteit van zorg. Er bestaat tijdens ziekte en na beter melding immers geen wettelijk verbod voor de huisarts om zorg te verlenen, noch een wettelijke verplichting van de huisartsenpraktijk om de huisarts geen zorg meer te laten verlenen in de huisartsenpraktijk. Gezien het door de inspectie geconstateerde acute gevaar voor de patiëntveiligheid, is het in deze situatie de aangewezen weg om de handhavingssystematiek neergelegd in artikel 8, vierde lid, Kwaliteitswet zorginstellingen te volgen.

Uw zienswijze geeft de inspectie aldus geen aanleiding om van het bevel af te zien. In onderstaande tekst vindt u de motivering hieromtrent.

Procedure
De inspectie heeft op 23 augustus 2013 een melding ontvangen over de door deze huisarts aan een van zijn patiënten verleende zorg direct voorafgaand aan het overlijden van deze patiënt op 19 augustus 2013. Gezien de aard van de melding heeft de inspectie direct het Openbaar Ministerie (hierna: OM) van de melding op de hoogte gesteld omdat mogelijk sprake was van een strafbaar feit. Het OM heeft vervolgens een strafrechtelijk onderzoek ingesteld waarbij de huisarts als verdachte is aangemerkt.
Gedurende het strafrechtelijk onderzoek kon de inspectie in verband met het belang van het strafrechtelijk onderzoek niet zelf onderzoek doen en spreken met de huisarts. De inspectie heeft om die reden het Openbaar Ministerie verzocht het procesdossier zo spoedig mogelijk aan haar ter beschikking te stellen. Direct na ontvangst en bestudering van het proces dossier, waaronder het door de huisarts geaccordeerde proces verbaal van het verhoor van de huisarts en het patiëntendossier, heeft de inspectie de verleende zorg en het patiëntengevaar kunnen beoordelen, hetgeen geleid heeft tot een voornemen bevel op 27 september 2013.

Bevindingen
Na bestudering van het procesdossier van het Openbaar Ministerie alsmede het patiëntendossier, komt de inspectie tot de navolgende bevindingen. Voor zover relevant zijn daarin verwerkt de in de zienswijze door u naar voren gebrachte opmerkingen.

In de huisartsenpraktijk zijn naast de huisarts onder meer werkzaam een huisarts in opleiding, een waarnemend huisarts voor een dag per week, praktijkondersteuners en doktersassistentes.

De huisarts geeft in de zienswijze aan dat patiënt meer dan 21 jaar patiënt was in de praktijk van de huisarts. Patiënt was ernstig ziek en bevond zich in de laatste fase van zijn leven. De huisarts heeft verklaard dat hij patiënt het afgelopen jaar 5 tot 10 keer en misschien ook wel minder heeft gezien.

Nadat patiënt op 9 augustus 2013 uit het ziekenhuis kwam om thuis te kunnen sterven, heeft de in de praktijk werkzame huisarts in opleiding de zorg voor patiënt op zich genomen. Bij deze patiënt was een palliatief traject ingezet.
De huisarts was eindverantwoordelijk voor de zorg van patiënt. Daarnaast was de huisarts als huisartsenopleider verantwoordelijk voor de supervisie van de huisarts in opleiding. Door de ervaring die de huisarts met de huisarts in opleiding had bij een vorige palliatieve sedatie die zij samen hadden gedaan, had de huisarts het gevoel dat de huisarts in opleiding de zorg voor deze patiënt aankon.

Patiënt heeft op 4 juni 2013 een algemene euthanasieverklaring ondertekend. In deze verklaring staat:
"Daar ik door ziekte, ongeval of welke oorzaak ook, in een geestelijke toestand verkeer, waaruit voor mij geen herstel tot een redelijke en waardige levensstaat te verwachten is, verlang ik dat euthanasie op mij toegepast wordt."

De huisarts had de euthanasieverklaring aan de huisarts in opleiding meegegeven en laatstgenoemde heeft dit met patiënt en zijn echtgenote besproken, waarna zij op 4 juni 2013 de verklaring hebben ondertekend. De huisarts heeft hier verder geen bemoeienis mee gehad.

Patiënt hing volgens de huisarts aan het leven. De huisarts geeft in zijn zienswijze aan dat patiënt zich als een onmisbare steun voor zijn vrouw zag.
Patiënt wilde het liefst geen euthanasietraject maar een palliatief traject. Hij heeft - volgens de huisarts toen patiënt er behoorlijk minder aan toe was, te weten op maandag 12 augustus 2013 - besloten tot een traject van palliatieve sedatie. De huisarts in opleiding heeft de huisarts hiervan toen op de hoogte gesteld.
De huisarts geeft in zijn zienswijze aan dat patiënt met zijn vrouw had nagedacht en gesproken over de laatste fase van zijn leven, mede omdat hij in het weekend van 10 en 11 augustus 2013 meer pijn kreeg en kortademig werd. Op maandag 12 augustus 2013 gaven beiden aan een voorkeur voor palliatieve sedatie te hebben gekregen: patiënt wilde graag rustig 'wegzakken', zonder pijn of kortademigheid. Patiënt wilde geen scenarts, noch oncologieverpleegkundige, ter nadere consultatie zien. Overigens voelde hij zich die dag – weer – 'redelijk'.

Op donderdag 15 augustus 2013 is de huisarts in opleiding bij patiënt geweest. Hij was aanspreekbaar maar wel heel zwak. Hij was niet benauwd en had geen pijn. Er werd gebruik gemaakt van morfinepleisters. Er werd nog geen palliatieve sedatie toegepast. Het lag volgens de huisarts in opleiding wel in de lijn der verwachtingen dat het de dagen daarna wel nodig zou zijn.

De huisarts heeft verklaard dat hij die donderdag met de huisarts in opleiding, die enkele dagen afwezig zou zijn, was overeengekomen om maandag 19 augustus bij patiënt langs te gaan en dat er geen noodzaak was om patiënt vrijdag of dat weekend te visiteren. Patiënt is volgens de huisarts op donderdag als stabiel door de huisarts in opleiding aan hem overgedragen.

In het weekend zijn twee verschillende dienstdoende artsen bij patiënt geweest nadat de huisartsenpost was gebeld. Zaterdagavond heeft de weekendarts hem 5 milligram morfine en 20 milligram furosemide intramusculair toegediend, waarna patiënt de nacht goed door heeft gebracht.
In de zienswijze geeft de huisarts aan dat deze medicatie werd toegediend in verband met kortademigheid bij hartfalen en pijn als gevolg van uitgebreide metastasen. Voorts geeft de huisarts aan dat de zuurstoftoediening werd verhoogd naar 5 liter per minuut in verband met een zuurstofsaturatie van 83%. Deze weekendarts heeft afgesproken dat door de thuiszorgmedewerkster de volgende dag driemaal daags 5 mg morfine per injectie zou worden gegeven.

Zondagavond is opnieuw de weekendarts gebeld. In de zienswijze geeft de huisarts dat dit was omdat patiënt erg kortademig was. Patiënt heeft toen 80 milligram furosemide en 7,5 mg dormicum toegediend gekregen. Een spuitje met 7,5 milligram dormicum dat deze arts had achtergelaten voor patiënt, heeft de thuiszorg rond 04.00 uur toegediend. Patiënt heeft daarmee de nacht goed doorgebracht. In de zienswijze geeft de huisarts aan dat de nacht volgens de nachtzorg goed was verlopen.

Maandagochtend 19 augustus 2013 had patiënt veel pijn. Hij was in het weekend erg achteruit gegaan. De bij patiënt aanwezige medewerker van de thuiszorg heeft rond 08.00 uur naar de huisartsenpraktijk gebeld.

In de zienswijze geeft de huisarts aan dat dit telefoongesprek bedoeld was om het beleid naar aanleiding van de weekendvisites verder af te stemmen. De huisarts bleek echter niet voor 11.00 uur bij patiënt langs te kunnen komen.
In de zienswijze geeft de huisarts aan dat dit was vanwege zijn spreekuur. De huisarts geeft daarbij voorts in de zienswijze aan dat het verzoek om een visite bij hem niet als spoed is gemeld. Er stond reeds een visite gepland en volgens de huisarts ging de thuiszorgmedewerkster daarmee akkoord. De patiënt is vervolgens als eerste bij de visites gepland, aldus de zienswijze.

Maandagmiddag om 14.00 uur arriveerde de huisarts bij patiënt samen met de in de praktijk stage lopende coassistent. De aanwezige medewerker van de thuiszorg vroeg aan de huisarts of hij medicatie had tegen de pijn en kortademigheid van patiënt. De echtgenote van patiënt was bij dit gesprek aanwezig. De echtgenote heeft achteraf verklaard dat zij de huisarts op dat moment zo'n vijf weken niet had gezien.

In de zienswijze geeft de huisarts het volgende aan:
In die periode was de huisarts zelf drie weken afwezig wegens vakantie van 6 juli tot en met 28 juli 2013. Op 4 juli 2013 is door de huisarts in opleiding in overleg met de huisarts met patiënt afgesproken hem over een maand weer te bezoeken, aldus de huisarts.

Op de vraag van de huisarts of patiënt pijn had, reageerde patiënt door te wijzen naar de plek waar hij pijn had. De huisarts heeft verklaard dat patiënt daarop zei "help me".
In de zienswijze geeft de huisarts aan dat patiënt daarbij zijn ogen ten hemel richtte, zeer moeizaam sprak en ondanks extra zuurstoftoediening tot stikkens toe benauwd was.

De huisarts heeft voorts verklaard dat hij zich wezenloos was geschrokken toen hij patiënt zag. Hij had niet verwacht dat patiënt er zo ernstig aan toe zou zijn.
In de zienswijze geeft de huisarts aan dat hij hierop overlegde met de thuiszorgmedewerkster teneinde met een morfine- en dormicumpomp te starten en dat uit dit overleg bleek dat dat gezien de toestand en de levensverwachting van patiënt te lang zou gaan duren. De huisarts voelde dat hier iets moest gebeuren en had naar zijn mening geen gelegenheid meer om allerlei procedures te gaan volgen; daar was te weinig tijd voor.
Daarop heeft de huisarts besloten dat het starten met een pomp voor palliatieve sedatie geen zin meer had, en dat de bij patiënt thuis aanwezige ampullen van 5 milligram morfine per milliliter niet voldoende waren. In de zienswijze geeft de huisarts aan dat dit overeenkomstig het protocol palliatieve sedatie Noord-Holland was, De huisarts heeft vervolgens besloten patiënt een bovenmatige hoeveelheid morfine en dormicum toe te dienen.
Bij het nemen van dit besluit heeft de huisarts zich er niet eerst van op de hoogte gesteld dat patiënt de nacht ervoor goed had geslapen op de gegeven medicatie.
De huisarts heeft bij het besluit tot het toedienen van een bovenmatige hoeveelheid morfine en dormicum, amper een heteroanamnese afgenomen of een lichamelijk onderzoek verricht, noch rekening gehouden met het tot op dat moment gehanteerde medische beleid en het effect dat dit op patiënt had gehad.
Ook heeft de huisarts in dit verband niet overlegd met de echtgenote of de medewerker van de thuiszorg en hen onvoldoende geïnformeerd over de toegediende medicatie en de mogelijke gevolgen hiervan.
De huisarts heeft gehandeld naar de situatie zoals hij die op maandag 19 augustus 2013 aantrof bij patiënt en welke situatie hij niet meer humaan vond. In de zienswijze geeft de huisarts aan dat hij de situatie van patiënt als ondraaglijk en uitzichtloos inschatte.

Nadat de huisarts had besloten om patiënt een bovenmatige hoeveelheid morfine en dormicum toe te dienen, is de huisarts samen met de coassistent naar de praktijk gereden om deze medicatie op te halen. De medicatie heeft de huisarts uit een afgesloten kast in de praktijk gehaald. In die kast zat morfine en dormicum, welke was teruggekomen van patiënten die dat niet hadden gebruikt.
Voor het optrekken van deze medicatie heeft de huisarts gebruik gemaakt van drie spuiten van 60 cc.

Bij het optrekken van de spuiten was de coassistent aanwezig. De huisarts heeft deze gevraagd te helpen bij het optrekken van de spuiten. De coassistent was gechoqueerd over de handelwijze van de huisarts en heeft verklaard:
"Ik stond erbij te trillen en ik hoorde dat hij tegen mij zei dat ik stond te trillen. Ik zei dat dat klopte en zei: 'maar zo vermoord ik hem' en ik zei dat ik dat niet wilde. Ik ben toen gestopt en zag dat hij zelf de overige ampullen uit het doosje erin optrok."

De huisarts heeft verklaard dat hij niet heeft gehoord dat de coassistent dit tegen hem zei. Wel heeft hij gehoord dat ze zei “ moet erbij zijn”. Daarmee verwees de coassistent naar de in de praktijk werkzame huisarts in opleiding. De huisarts heeft hier op dat moment verder niet bij stil gestaan en is doorgegaan met waar hij mee bezig was. In de zienswijze geeft de huisarts aan dat hij de co-assistent daarop heeft aangegeven dat zij niet hoefde mee te werken en verder niet bij de casus aanwezig hoefde te zijn.

Nadat de coassistent ongeveer drie ampullen had opgezogen, heeft de huisarts de overige ampullen opgezogen. In totaal heeft de huisarts drie spuiten opgetrokken: 2 spuiten met morfine en 1 spuit met dormicum.
De huisarts heeft verklaard dat hij van de richtlijnen is afgeweken door een grote bolus te spuiten waar patiënt in ieder geval de hele nacht mee doorkon.

Op verzoek van de huisarts is de coassistent nagegaan of patiënt een euthanasieverklaring had ondertekend. Als reden hiervan heeft de huisarts de volgende verklaring gegeven:
“Om zeker te verifiëren, dat mocht die dosering dermate toxisch zijn, als er uitgelegd wordt dat die dosering past bij iemand alleen maar naar zijn levenseinde te brengen in plaats van palliatief sederen, dan is in ieder geval die verklaring ook daar.”
Samen met de coassistent is de huisarts vervolgens naar patiënt toegegaan. De drie opgetrokken spuiten heeft de huisarts in de hand meegenomen en op de achterbank van de auto vervoerd.

Na ongeveer een half uur kwam de huisarts weer samen met de coassistent terug bij patiënt. Na binnenkomst heeft de huisarts, geen uitleg gegeven aan patiënt, zijn echtgenote of de medewerker thuiszorg van hetgeen hij voornemens was toe te dienen en wat de gevolgen hiervan konden zijn noch heeft hij hierover overleg gevoerd met andere zorgverleners.
In de zienswijze geeft de huisarts aan dat hij wel heeft medegedeeld dat er een injectie zou worden gegeven en dat het klopt dat hij dat verder niet expliciet heeft toegelicht omdat vanuit zijn optiek het doel voor een ieder duidelijk was.

De huisarts heeft verklaard dat hij patiënt 1000 mg morfine en 350 mg dormicum heeft toegediend door deze subcutaan te injecteren in de beide bovenbenen.
Op de vraag van de medewerker thuiszorg of de huisarts bij patiënt 50 mg ging spuiten, heeft de huisarts niet ontkennend geantwoord. De huisarts heeft daarop gelogen door te zeggen dat het verdund was. Dit heeft hij gezegd om de hoge dosering op dat moment niet verder te hoeven bespreken.
In de zienswijze geeft de huisarts aan dat hij de vraag van de medewerker thuiszorg niet ontkennend heeft geantwoord, maar dit in het midden heeft gelaten en dat dit iets anders is dan liegen.

Kort na toediening, de huisarts denkt vijf minuten later, is de huisarts met de coassistent uit de woning van patiënt vertrokken.

Ongeveer een half uur nadat de huisarts de spuiten had toegediend, is patiënt overleden.

De huisarts geeft in de zienswijze aan dat hij daarna direct met de co-assistent naar het huisadres van de patiënt is teruggegaan.
De huisarts heeft een verklaring van (natuurlijk) overlijden ex artikel 7 van de Wet op de lijkbezorging afgegeven. De huisarts geeft in zijn zienswijze aan dat de reden hiervan is dat hij zijn handelen plaatst in het kader van een hoge dosering medicatie bij palliatieve sedatie.

De huisarts heeft zich ziek gemeld en geeft aan niet voornemens te zijn op korte termijn weer aan het werk te gaan.

Conclusie

De inspectie is van mening dat uit bovenstaande bevindingen blijkt dat de aan de Huisartsenpraktijk Tuitjenhorn verbonden huisarts in onderliggende casus op meerdere competenties van de verschillende taakgebieden, zoals omschreven in het competentieprofiel van de huisarts, in ernstige mate is tekortgeschoten. Hiermee heeft hij strijdig gehandeld met de verantwoorde zorg die hij jegens de patiënt had behoren te betrachten.

Ondanks de door de huisarts aangevoerde argumenten kan de inspectie, op basis van haar bevindingen er niet op vertrouwen dat de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de door de huisarts te leveren zorg in afdoende mate zijn gewaarborgd. De aard van de constateringen in onderliggende casus is dermate ernstig en in strijd met de artikel 2 en 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen, dat de inspectie zich genoodzaakt ziet maatregelen te nemen.

De inspectie komt tot de conclusie dat sprake is van een dermate acuut, ernstig en omvangrijk risico voor de patiëntveiligheid dat zij geen andere mogelijkheid ziet de patiëntenzorg voldoende te waarborgen dan door te bewerkstelligen dat de in de huisartsenpraktijk werkzame huisarts geen zorg meer in de huisartsenpraktijk verleent noch anderszins betrokken is bij de (organisatie van) de individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk, totdat naar de mening van de inspectie aantoonbaar is voldaan aan de voorwaarden voor verantwoorde zorgverlening, zoals omschreven de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Bevel ex artikel 8, vierde lid, Kwaliteitswet Zorginstellingen

Op grond van uw handelwijze en het gevaar dat dit met zich meebrengt voor de veiligheid van de patiëntenzorg heb ik besloten u, conform artikel 8,vierde lid, van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, te bevelen dat de in de Huisartsenpraktijk Tuitjenhorn werkzame huisarts geen zorg meer in de huisartsenpraktijk verleent noch anderszins betrokken is bij de (organisatie van) de individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk.

Dit bevel geldt tot het moment dat de door huisarts te verlenen zorg en zijn anderszins betrokkenheid bij de (organisatie van) de individuele gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk naar de mening van de inspectie aantoonbaar voldoen aan de voorwaarden van verantwoorde zorgverlening, zoals omschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Het bevel gaat in op **2 oktober 2013 te 14.00 uur** voor de duur van 7 dagen.

Zo nodig kan het bevel door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden verlengd. Een verzoek daartoe zal door de inspectie direct na het opleggen van het bevel aan de Minister worden voorgelegd.
Indien u geen gehoor geeft aan dit bevel, kan bestuursdwang worden toegepast, dan wel een dwangsom worden opgelegd.

Als u van mening bent dat de praktijk aan de voorwaarden voor verantwoorde zorgverlening voldoet, dient u dit gemotiveerd schriftelijk kenbaar te maken aan de inspectie.

In verband met een afweging van de betrokken belangen zal het bevel zelf niet actief openbaar worden gemaakt. Wel zal een bericht met daarin de essentie van dit bevel openbaar worden gemaakt.

Ik ga ervan uit u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

Bezwaar
U kunt tegen dit besluit bezwaar maken door het indienen van een bezwaarschrift. Het bezwaarschrift dient te worden gericht aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ter attentie van de Directie Wetgeving en Juridische Zaken, Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag. Gelieve duidelijk te vermelden dat het een bezwaarschrift is. De termijn waarbinnen het bezwaarschrift kan worden ingediend bedraagt zes weken na de dag waarop het besluit is verzonden.

Het bezwaarschrift dient te zijn ondertekend en ten minste te bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- de dagtekening;
- een omschrijving van het besluit waartegen bezwaar wordt gemaakt;
- de grond(en) van het bezwaar.

Het niet voldoen aan deze eisen kan leiden tot niet-ontvankelijkheid van het bezwaarschrift.

Maart 2015 | XEROXOBT-841441